Rok LIII. Kraków, dnia 14. lutego 1914 Nr 7.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

(Z kliniki chorób skórnych i wenerycznych prof. Dr W. Reissa w Krakowie).

Noviform jako środek leczniczy w niektórych chorobach skórnych i wenerycznych.

Podał

Dr H. Weber.

Od czasu kiedy objąłem obowiązki asystenta na klinice chorób skórnych i wenerycznych w Krakowie, zarzuciłem zupełnie stosowanie jodoformu jako środka leczniczego. Woń jego, i nieprzyjemna i zdradliwa, jakoteż dość często zdarzające się zapalenia skóry po zastosowaniu tego środka, czasami nawet na bardzo niewielkiej przestrzeni, wreszcie objawy zatrucia, które jodoform od czasu do czasu powoduje, skłoniły mnie do szukania jakiegoś środka zastępczego i wkrótce też przekonałem się, iż bez jodoformu zupełnie dobrze obejść się można.

Po kolei próbowałem środków zastępczych najbardziej chwalonych, z których jedne mniej, drugie więcej zalet okazały; jednakowoż prawie wszystkie, prędzej czy później, do celu doprowadzały. Od roku mniej więcej, w odpowiednich przypadkach, używam noviformu i zdaje mi się, że natrafiłem na przetwór, który niema wad jodoformu: jest więc bezwonnym, niedrażniącym i nietrującym; posiada natomiast wszystkie jego zalety, i to w wyższym może stopniu. Przewyższa go zaś tem, że prócz zdolności pobudzania tkanek do wytwarzania ziarniny równie szybko, jak to czyni jodoform, ma tę zaletę, że zastosowany na ranę, nawet zaniedbaną, szybko oczyszcza ją z powodu swej własności wysuszającej. Nie wywołuje nagromadzenia się cieczy ropnej pod opatrunkiem, jak to widzimy przy stosowaniu jodoformu, czyto w postaci zasypki, czy maści; wreszcie jedną z bardzo ważnych zalet noviformu jest również i ta okoliczność, że środek ten nie wywołuje tworzenia się strupów z następowem zatrzymywaniem się wydzieliny.

Noviform jest to połączenie bizmutu z brenzkatechiną, o tyle szczęśliwie dobrane, że poszczególne składniki nawzajem się wspierają. Brenzkatechina działa silnie bakteryobójczo, jej działanie zaś drażniące dodany bizmut zupełnie zobojętnia, działając łagodząco i wysuszająco i pomagając działaniu bakteryobójczemu brenzkatechiny w ten sposób, iż wysuszając ranę odbiera mikrobom tę ilość wilgoci, która im jest do życia i rozwoju koniecznie potrzebną,

Noviformu próbowałem w całym szeregu przypadków różnych spraw chorobowych, i tak w oparzeniach, wrzodach goleni, wypryskach, owrzodzeniach wenerycznych i operacyjnie leczonych dymienicach, tudzież różnych owrzodzeniach skóry, które następowo uległy zakażeniu, jak owrzodzeniach kilakowych, ranach zaniedbanych, w zapaleniu żołędzi i napletka i t. p. w postaci zasypek, maści 10—20%, wreszcie gazy noviformowej.

Przy oparzeniach świeżych stosowałem zwykle maść 10% tak w pierwszym i trzecim, jakoteż, po przekłuciu pęcherzy, w drugim stopniu oparzenia. Chorzy uczuwali natychmiast po założeniu opatrunku przyjemne uczucie chłodu i uśmierzenie bolu. Przy zmianie opatrunku nigdy nie widziałem po zdjęciu jego owej cuchnącej, obfitej cieczy ropiastej, jaką poprzednio zdarzało mi się często widzieć przy stosowaniu innych środków. Rana bywała czysta i sucha, obumarłe zaś części skóry oddzielały się szybko, przyczem pojawiała się świeża i zdrowa ziarnina, która szybko pokrywała się naskórkiem, wiodąc do delikatnej i nieszpecącej blizny. Jeśli zdarzyło mi się leczyć oparzenia stare i zaniedbane, to i tu, mimo iż rany były zazwyczaj silnie zanieczyszczone i pokryte brudnymi nalotami, a zarazem sączące, udawało mi się zapomocą opatrunków z maści noviformowej 15—20% szybko sączenie zmniejszyć i ranę oczyścić. Nigdy nie spostrzegałem najmniejszego nawet podrażnienia skóry; nigdy, nawet u dzieci na dużych przestrzeniach stosowana maść nie wywoływała objawów zatrucia. Podobnie, jak owe źle leczone albo wogóle nie leczone oparzenia, udawało mi się prawie zawsze szybko oczyszczać zaniedbane, domowymi środkami leczone owrzodzenia goleni pokryte cuchnącą szaro-żółtą miazgą. I tu sączenie ustępowało już po 3—5 dniach pod zasypką czy maścią noviformową; części obumarłe oddzielały się szybko, poczem okazywała się świeża ziarnina, która przy użyciu odpowiednich środków pomocniczych, jak leżenie z podniesioną kończyną w celu wyrównania wadliwego krążenia, bandażowanie kończyny i t. d., pokrywała się rychło zdrowym naskórkiem. Podobnie udawało mi się szybko leczyć tym przetworem również i inne postacie chorobowe, jak niesztowice, liszajce i inne formy zakażeń. Zapalenie żołędzi i napletka ustępowało, a wydzielina znikała po 3—4-krotnem zaprószeniu noviformem; w lekkich przypadkach następowało wyleczenie

często po jednorazowem zasypaniu. Nader szybko udawało mi się również doprowadzić do oczyszczenia owrzodzenia weneryczne. Po przytuszowaniu wrzodu siarkanem miedzi przez pierwsze 2—3 dni stosuję noviform w proszku, a następnie w postaci maści. Owrzodzenia nawet duże oczyszczają się w 3—4 dni i leczą się następnie jako czyste rany w krótkim czasie. Bardzo ważną w tym kierunku dodatnią cechą noviformu jest własność niewytwarzania na ranie strupa, ropa bowiem skutkiem tego nie zatrzymuje się, nie dając powodu do następowego wytwarzania się powikłań.

Z powodu opisanych zalet noviformu sądzę, że mamy w nim środek lepszy od wielu dotychczas znanych i polecanych; zalety te polegają zaś, jeżeliby chodziło o porównanie działania tego przetworu z innymi, dotychczas używanymi, właśnie na wyżej wspomnianem szybkiem osuszaniu ran, nawet bardzo zaniedbanych i cuchnących, tudzież na znacznem skracaniu okresu, wiodącego do pojawienia się zdrowej ziarniny.

Leczenie przymiotu salwarsanem.

(Sprawozdanie poglądowe).

Podał

Dr M. Mondschein

sekundaryusz szpitala powszechnego w Stanisławowie.

Od czasu wynalazku salwarsanu zmienił się zupełnie sposób leczenia kiły, a także poglądy na istotę pewnych objawów uległy znacznej zmianie. Mam tu na myśli poglądy na neurorecydywy, na które z powodu ich częstości pierwszy zwrócił uwagę Finger, tłómacząc je jednak mylnie, jako objawy, wynikające z toksycznego działania samego salwarsanu. Obecnie jednak przyjęte jest powszechnie tłómaczenie Ehrlicha, który w tych przejściowych poraźnych objawach widzi t. w. monorecydywy samej kiły, jeśli one wystąpią w pewien czas po wstrzyknięciu. Objawy poraźne, występujące w kilka godzin do trzech dni, uważa Ehrlich za odczyn Jarisch-Herxheimera. Tak jedne, jak i drugie, ustępują rychło po powtórnem wstrzyknięciu salwarsanu, co przemawia tylko za słusznością zapatrywania Ehrlicha. Występują one tem regularniej i tęm pewniej, im świeższą jest kiła ogólna.

Zadaniem mojem jest zebrać w krótkości doświadczenia z trzyletniego górą używania salvarsanu. Nie myślę wdawać się w szczegóły, dotyczące działania tego środka na poszczególne wykwity kiły, lecz co najwyżej zebrać je ryczałtowo. Celem zaś mym jest zachęcić szersze koła lekarzy do sięgnięcia po ten środek, by on nie był tak, jak dotychczas, stosowany jedynie po klinikach i szpitalach i ograniczony do kilku uprzywilejowanych lekarzy, lecz by stał się, jak na to w zupełności zasługuje, dobrem ogółu lekarzy i chorych. Sposób rozpuszczania salwarsanu, jakoteż jego stosowania uległy z biegiem czasu takiemu uproszczeniu, że nie wymagają już dawniejszego skomplikowanego instrumentaryum, ani specyalnej rutyny ze strony lekarza go stosującego. Ale o tem później.

Entuzyazm początkowy, podniesiony wprost do egzaltacyi i głosy przeciwników, ogromnie wrogo, a przynajmniej z niedowierzaniem spoglądających w stronę obcego przybysza, wszystko to umilkło. Pierwsi spuścili z tonu, drudzy powoli zmieniać zaczęli stanowisko swe na przychylniejsze, zbliżyli się ku pierwszym. Przyszedł czas rozwagi, czas długich doświadczeń. I oto pokrótce plon ich jest następujący.

W pierwszorzędnej kile okazał się salwarsan środkiem, który wcześnie zastosowany, może sprowadzić poronne wyleczenie. Musi być jednak wcześnie stosowany, gdy jeszcze odczyn Wassermana we krwi jest ujemny, a zajęcia gruczołów okolicznych jeszcze nie ma lub zajęcie to jest tylko nieznaczne. Ale powiodło się nieraz przy dość długo istniejącym wrzodzie twardym, raz nawet w 5. tygodniu przy bardzo energicznem, nieustającem leczeniu rtęcią w postaci wstrzykiwań wśródmiąższowych (najlepszy kalomel), a jeszcze lepiej zapomocą wcierań i kilku (2—4) śródżylnych wlewań salwarsanu uzyskać jeszcze poronne wyleczenie, stwierdzone zupełnym brakiem przez (dotąd) 2 lata objawów klinicznych i stale ujemnym odczynem krwi. Czem to wytłómaczyć, czy słabym jadem kiły u tego chorego, czy wielką odpornością jego ustroju i zdolnością wytworzenia wielkiej ilości antygenu, — te pytania wymykają się ostatecznemu rozwiązaniu; co do mnie, przypisywałbym to obu czynnikom, tj. i słabemu jadowi kiły, i odporności ustroju.

Częściej jednak, gdy odczyn krwi jest już dodatni, nie udaje się leczenie poronne i wtedy widzimy występowanie drugorzędnych objawów klinicznych, lecz prawie stale po dłuższym niż zazwyczaj okresie utajenia, bo po 3 miesiącach, ba nawet w $1/_2$ roku po wystąpieniu wrzodu twardego. Że wrzód twardy, stwierdzony wykryciem krętków, należy zniszczyć, a więc najlepiej wyciąć lub przepalić Paquelinem lub wreszcie gorącem powietrzem sposobem Holländra, tego chyba dodawać nie trzeba, gdyż przez to pozbywamy się odrazu ogniska, nader obfitującego w krętki, z którego odbywa się zakażanie krwi i wszystkich narządów. Nieznalezienie krętków nie wyłącza — nawiasem mówiąc — istnienia wrzodu twardego, wiadomo bowiem, że krętki przed 3—4. tygodniem bardzo trudno znaleść w twardym wrzodzie, cóż dopiero w t. zw. »chancre mixte«. W tych przypadkach kierujemy się cechami klinicznemi owrzodzenia, a więc powstaniem po odpowiednim okresie wylęgania, typowym obrazem, stwardnieniem sznura limfatycznego na grzbiecie prącia, wreszcie okolicznym obrzękiem gruczołów. Że i te objawy nieraz zawodzą, uczy doświadczenie lekarskie; mogą one bowiem wszystkie nie istnieć mimo obecności pierwotnej zmiany kiłowej, mogą naodwrót istnieć w przypadkach wrzodu miękkiego. W tych przypadkach należy wyczekiwać dodatniego odczynu krwi, który w przypadkach wrzodu twardego w 3—6. tygodniu staje się zwykle dodatnim. Pamiętać także należy, że owrzodzenie miękkie na brzegu żołędzi wygląda często tak, jak wrzód twardy.

Po wystąpieniu objawów ogólnych, a więc osutki, kłykcin, należy chorego poddać energicznemu leczeniu rtęcią aż do zupełnego ustąpienia tych objawów. Należy tu przestrzedz przed zawczesnem stosowaniem salwarsanu, który wstrzyknięty przed zupełnem ustąpieniem osutki, kłykcin, początkowego silniejszego obrzęku gruczołów, wywołuje częściej znacznie, niż dawne sposoby leczenia, objawy poraźne w zakresie nerwu wzrokowego, słuchowego, twarzowego i okoruchowego. Objawy te występowały, jak to pisałem w mej drugiej pracy o salwarsanie z roku 1911, i przy dawnem leczeniu jodowo-rtęciowem, choć znacznie rzadziej, jak tego dowodzą wykazy statystyczne Schnabla i Sanyego, Hutchinsona i Pollitzera. Obecnie są one przy salwarsanie tylko znacznie częstsze, a częstość i pewność ich powstawania stoi w odwrotnym stosunku do wysokości dawki, w odwrotnym też do czasu, jaki upłynął od pojawienia się osutki aż do wstrzyknięcia salwarsanu. Im wyższą więc jest dawka, tem rzadsze neurorecydywy, także im krótsze przerwy między poszczególnemi wlewaniami. Im wyższa dawka i im krótsze przerwy między wlewaniami, tem prędzej w ustroju wytwarzają się czynniki uodporniające (Immunvorgänge), tem szybciej zbliża się choroba do okresu kilakowego. Im dłuższy czas upłynął od pierwszej osutki do chwili wstrzyknięcia, tem pewniejszem, tem wydatniejszem jest ogólne zakażenie ustroju, które nie dozwala już na silniejsze miejscowe zmiany. Między ogólnem bowiem zakażeniem

a miejscową zmianą kiłową czyto pierwotną, czy monorecydywą, czy schorzeniem trzeciorzędnem, panuje wieczny antagonizm. Wrzód twardy, choćby najzłośliwszy, najszybciej drążący wgłąb i zajmujący coraz szerzej otoczenie, traci na zdolności rozwoju z chwilą ogólnego zakażenia ustroju; naodwrót z chwilą słabnięcia zakażenia ogólnego i występowania czynników uodporniających, powstają często zmiany miejscowe, przyrody trzeciorzędnej, szczególnie ograniczone kiłowe schorzenie naczyń (aortitis, sclerosis arteriar. coronariarum cordis), kiłowe zmiany mózgu i opon, choć ich początki sięgać mogą i okresu wcześniejszego. Taksamo jeśli przez małe dawki salwarsanu ogólne zakażenie dozna jakowychś przeszkód, wtedy jad kiłowy we wrzodzie pierwotnym, czy w nerwach, zaczyna bujać, dając w pierwszym przypadku pochop do powstawania reinduracyi (chancre redux), w drugim do neurorecydyw.

Leczenie więc kiły drugorzędnej powinno polegać na dokładnem usunięciu objawów zapomocą rtęci i jodu, a dopiero potem na przejściu w leczenie salwarsanem w wielkich dawkach, w przerwach niezbyt długich. Że takie energiczne leczenie rtęcią (głównie wcieraniami), salwarsanem i jodem skraca znacznie czas trwania choroby, tego dowodzą ponowne zakażenia (reinfekcye), znacznie częstsze od czasu pojawienia się salwarsanu, klinicznie i serologicznie niewątpliwie stwierdzone. Klinicznie, gdyż posiadały wszelkie znamiona wrzodu twardego, serologicznie, gdyż odczyn krwi okazał się dodatnim po dłuższej przerwie z odczynem ujemnym; między nimi kilka przypadków, gdzie wedle Jadassohna wykonano dwukrotne wstrzyknięcie wywołujące (prowokacyjne), a odczyn krwi, poprzedzający zakażenie, był mimo to ujemny.

Również i kiła, usadowiona w krtani, nakazuje ostrożność w stosowaniu salwarsanu. Zwykłe kłykciny leczą się co prawda prędko, do 8—10 dni. Jeśli jednak kłykciny są rozpadłe i drążące w głąb, jeśli przytem są zmiany kiłowe ochrząstnej chrząstek, szczególnie nalewkowatych, któremu zawsze towarzyszy mniejszy lub większy obrzęk otoczenia, wtedy po salwarsanie obrzęk istniejący łatwo znacznie się może zwiększyć (przejściowy odczyn Jarisch-Herxheimer), co wystarczyć może do zupełnego zatamowania oddechu i wywołać śmierć, jeśli wczas zrobioną tracheotomią temu się nie zapobiegnie. W taki sposób straciłem na początku ery salwarsanu jednego chorego, wieśniaka, z bardzo posuniętemi zmianami w krtani. Ten chory w dwa dni po wstrzyknięciu salwarsanu uczuł nagle ciężkość oddychania, która w ciągu kilku dalszych godzin tak się wzmogła (wedle opowiadań matki), że wyczerpany wreszcie położył się i wkrótce ducha wyzionął. Ten obraz odpowiada zupełnie odczynowi Herxheimera, a obrzęk przy tem występujący zamyka częstokroć zupełnie głośnię. Pouczający ten przypadek przemawia za tem, by w ciężkich zmianach krtani przeprowadzić najpierw powolne leczenie rtęciowe (wcierania), poczem po zupełnem ustąpieniu tych zmian sięgnąć można dopiero po salwarsan.

Co do dalszych zarzutów, podnoszonych przeciw salwarsanowi, to obok neurorecydyw przeciwnicy salwarsanu — dawniej liczni, obecnie w znacznie mniejszej liczbie — przytaczają liczne przypadki śmierci, których wedle Dreyfusa narosło w r. 1911 i 1912 aż 112. Wszystkie te jednak przypadki, bliżej rozważone, wykazują albo silny niestosunek między wysokością dawki, a zbyt nizką wagą ciała lub stanem ogólnym podupadłym, albo za krótkie przerwy między stosowaniem wysokich dawek (1—2 dni), albo zbyt późną kiłę (znacznie posunięte porażenie postępowe), albo wreszcie stan serca czy naczyń tego rodzaju, że stanowił on, już wedle zasadniczych przepisów Ehrlicha, wprost przeciwwskazanie do stosowania salwarsanu. Że sam salwarsan w zbyt wysokich dawkach ma działanie toksyczne, zwykle z zejściem śmiertelnem u ludzi z późnem schorzeniem kiłowem mózgu, tego dowiodły niektóre z tych przypadków śmiertelnych, gdzie sekcya wykazała krwotoczne zapalenie mózgu (encephalitis haemorrhagica), którą Marschalko zdołał po wstrzyknięciu wysokich dawek wywołać doświadczalnie u królików.

Należy więc dokładnie najpierw zbadać chorego i uwzględnić wszystkie dane, przemawiające za i przeciw wstrzyknięciu. Małemu chłopcu, liczącemu lat 10, nie damy przecie pełnej dawki, jak również starcowi 60-letniemu z posuniętą miażdżycą. W tych przypadkach dla poznania wogóle indywidualności chorego, jego sposobu i stopnia oddziaływania na salwarsan, radzę zawsze zacząć od próbnego wstrzyknięcia śródżylnego w wysokości 0·15—0·2. Dopiero po dokładnem wyśledzeniu, czy też u chorego nie wystąpi wyższa gorączka, dreszcze, pewne, choćby małe objawy ze strony serca, podmiotowej czy przedmiotowej natury (przyśpieszenie, zwolnienie, czy niemiarowość ruchów serca, czy zbyt silny spadek ciśnienia krwi), bole czy zawroty głowy (nieraz się zdarzające), mdłości, wymioty, czasem przejściowe stany osłabienia, dopiero więc po wystąpieniu czy braku powyższych objawów i stwierdzeniu ich stopnia (co najważniejsze), należy zadecydować, czy przystąpić do właściwego wlewania salwarsanu i w jakiej dawce.

Przeciwwskazania salwarsanu, przez Ehrlicha postawione jako dogmat, przez wielu innych autorów jeszcze rozszerzone na cały szereg chorób czy objawów, ograniczyłbym do minimum. Przeciwwskazaniami temi były: zbyt nizka waga ciała, zły stan odżywienia, silna niedokrwistość (nawet), jawna gruźlica, cukrzyca, zapalenie nerek, choroba Basedowa, wady serca, miażdżyca tętnic, choroby gorączkowe, ciężki alkoholizm, tętniak aorty, kiła mózgu, wiąd rdzenia i porażenie postępujące. Nie pora tu, ni miejsce, rozbierać słuszność, czy niesłuszność tych przeciwwskazań. Ogólnie tylko powiem, że z wyjątkiem naturalnie chorób gorączkowych, czynnej gruźlicy, bardzo posuniętej miażdżycy i niewyrównanej wady serca oraz rozwiniętego już wiądu rdzenia czy porażenia postępowego nie widzę wcale przeciwwskazań do stosowania salwarsanu. Indywidualizowanie dokładne, oparte oczywiście na naszem doświadczeniu fachowem, próbne wstrzyknięcie, — nigdy nie zawiodą ani nas, ani ufności chorego w naszą wiedzę. I choremu z wadą serca, jeśli tylko wyrównana, można śmiało, jak to w pierwszej jeszcze mej pracy z r. 1910 podniosłem, podać salwarsan, ale w dawce stosownie małej i lepiej ją w krótkich przerwach powtarzać, niźli zaryzykować, stosując wprost wielką. Również chorzy z miażdżycą, jeśli tylko nie zbyt posuniętą, znoszą salwarsan w podobnie małych dawkach, jak chorzy z wadą serca. Niezłe też wyniki w postaci wstrzymania rozwoju choroby na pewien dłuższy czas widziałem po salwarsanie przy zwiastunach samych wiądu rdzenia i porażenia postępowego. Średnio u ludzi zdrowych nie należy posunąć się powyżej 0·6 neosalwarsanu, u ludzi wyjątkowo zdrowych i rosłych nawet do 0·9.

W kile trzeciorzędnej stosowanie salwarsanu jest wskazane, ponieważ działa on bardzo korzystnie na kilaki, czyto skóry, czy kości, czy innych narządów (język, gardło i t. d.), a to swoje korzystne działanie zawdzięcza głównie wielkiej zawartości arszeniku, który — jak uczy doświadczenie — w tym okresie jest obok jodu środkiem nader skutecznym i przyspieszającym gojenie. Na tem polega szerokie zastosowanie i dodatnie działanie w trzecim okresie enesolu, arsojodyny, czy innych połączeń arszeniku. Ogromnie ostrożnym być trzeba co do stosowania salwarsanu przy zmianach kiłowych tętnicy głównej (mesaortitis productiva gummosa), szczególnie jednak przy zajęciu tą sprawą tętnic wieńcowych serca, cechującem się napadami dusznicy bolesnej i bodaj przejściowej niesprawności mięśnia sercowego (arrhytmia, obniżenie ciśnienia krwi). Tu często przepięknych wyników doczekać się możemy z powoli, a konsekwentnie przeprowadzonego leczenia rtęciowego, i to dla szybkiego zrazu zadziałania, bez zbytniego osłabienia ustroju, w postaci kilku wstrzyknięć rozpuszczalnych przetworów (najlepszy asurol), poczem w postaci wcierań, które znów korzystnie działają na stan ogólny. Dopiero po ustąpieniu na stałe wszelkich objawów przedmiotowych można

ostrożnie stosować salwarsan w małych dawkach i przerwach dłuższych (10—14 dni). Objawów podmiotowych nie należy przytem wcale lekceważyć, boć doświadczenie lekarskie uczy, że stan serca, czy jego sprawność niezawsze idzie w parze z objawami przedmiotowymi, że więc ono może mieć dość długi żywot przed sobą mimo całego zbioru tych objawów, a naodwrót nieraz rychło wypowiada posłuszeństwo mimo braku wszelkich objawów przedmiotowych, a tylko przy istnieniu u chorego pewnych przypadów podmiotowych (ból, ciśnienie, czy gniecenie w okolicy serca, kołatanie serca, uczucie lęku sercowego i t.d.). Z tej więc ważnej przyczyny, że z badania klinicznego nie możemy sobie wyrobić zawsze dokładnego obrazu o stanie naczyń i rozmiarze kiły w ich ścianach, czy samem sercu, nie powinno się nigdy odrazu stosować salwarsanu, gdyż — jak wiemy — wywołuje on odczyn miejscowy, którego następstw przewidzieć nie można.

Wstrzykiwanie salwarsanu odbywa się obecnie w sposób całkiem prosty. Po wielkich przyrządach Weintrauda i Hauptmana, mających te wady, że do ich wyjałowienia trzeba było osobnego dużego przyrządu sterylizacyjnego, że przytem te przyrządy, jako składające się z dwóch cylindrów w górze otwartych, nie mogły zapobiedz wtargnięciu do środka pyłu podczas dość długo trwającego wlewania, prócz wielu innych jeszcze wad (kilka dość długich wężów gumowych i t.d.), przyszedł znacznie lepszy przyrząd Schreibera, wreszcie mój, stanowiący system zupełnie zewsząd zamknięty, gdzie wyjaławianie przyrządu odbywało się równocześnie z wyjaławianiem płynu, przeznaczonego do wlewań. Odkąd jednak przekonano się, że zwykłą 5—10 cm strzykawką »rekord« można bez wielkich zachodów tenże sam cel osiągnąć, poszły wszystkie te przyrządy w zapomnienie, a całe wstrzyknięcie polega na wbiciu igły i wstrzyknięciu zawartości 5—10 cm strzykawki »rekord«. Tą strzykawką wstrzykiwałem naraz 0·9 neosalwarsanu bez żadnych ujemnych objawów; igła powinna być ostra, miernie gruba (jak do kamfory), o krótkiem zakończeniu, strzykawka wolno, jednostajnie się wypróżniająca. Strzykawkę taką każdy lekarz posiada, po oswojeniu się więc z tym zabiegiem, wymagającym tylko pewnej wprawy i doświadczenia, nic nie stoi na przeszkodzie rozpowszechnieniu stosowania salwarsanu przez ogół lekarzy, szczególnie w miejscowościach mniejszych, gdzie brak lekarzy specyalistów.

Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr Ludwik Rydygier, Radca dworu, Dyrektor kliniki chirurgicznej. **Zbiór prac dotychczas drukiem ogłoszonych.** Lwów 1912. Nakładem autora.

Książka, którą mamy przed sobą, należy swem ujęciem do zjawisk wyjątkowych, nietylko w naszej literaturze lekarskiej, ale, jak mniemam, i w literaturze wszechświatowej. Zjawisko tem także wyjątkowe, że autor, stojący przed czytelnikami z dorobkiem 25-letniej pracy, rozporządza takim zapasem sił intelektualnych i fizycznych, iż czytelnik ma wszelkie prawo oczekiwać podobnego dorobku po dalszych 25 latach.

Przerzucając karty »Zbioru prac«, odniosłem takie wrażenie, jakbym został przez autora wprowadzony w środek jakiegoś nowo budującego się miasta, w którem pobudowano już wiele domów, w którem jednak pozostało jeszcze wiele ulic nieurządzonych. Każdą budowlę otacza bujna zieloność życia, jedne budowle w zieloności tej utonęły, inne unoszą się na powierzchni zielonych fal, zdają się jednak walczyć z niemi, inne wreszcie, wcale liczne, strzelają dumnie w górę, nie troszcząc się o zielony zalew. Na zawsze bowiem pozostaną na powierzchni. A że stoję w środku miasta, a poza miastem stanąć nie mogę, więc brak mi punktu obserwacyjnego, z którego jednym rzutem oka mógłbym objąć całość; brak mi perspektywy, któraby mi dozwoliła ocenić doniosłość każdej budowy z osobna.

Mówiąc zatem o tej książce, pominę szczegóły. Poprzestanę na paru ogólnych uwagach.

Mówić w Polsce — polskiemu lekarzowi, kim jest autor »Zbioru prac«, uważam conajmniej za niepotrzebne. Myślę także, że każdy lekarz u nas wie, na czem głównie opiera się sława Rydygiera, zwłaszcza zaś czytelnikom »Przeglądu« znane są zapewne zasadnicze niejako prace autora z zakresu chirurgii żołądka i jelit. W »Przeglądzie« bowiem były pierwotnie drukowane.

Zasługi Rydygiera jako uczonego chirurga oceniano już wielokrotnie, przy różnych sposobnościach. Bardzo niedawno, gdyż w jubileuszowym zeszycie »Przeglądu chirurgicznego i ginekologicznego« ocenił je fachowo Leon Kryński. Najlepiej jednak, krytycznie i bardzo przedmiotowo, osądza swe prace sam autor we wstępie do omawianego »Zbioru«.

A sama książka? Jej wartość równa się sumie wartości naukowej półtorej setki rozpraw w niej przedrukowanych.

Z natury rzeczy wynika, że wartość tych rozpraw jest bardzo niejednolita. Pierwszą z nich: »O przecięciu tchawicy« pisał nieznany jeszcze, niespełna 23-letni młodzieniec, dobierający z trudem polskie określenia na wyrażenie fachowych pojęć; ostatnią (w tym »Zbiorze«) »O chirurgicznem leczeniu wrzodu żołądka« — mąż »źrały w lata, naukę i doświadczenie«, mistrz, na którego »verba« przysięgają dziś nietylko jego bezpośredni uczniowie. Sam autor najwidoczniej lekce sobie ceni swe młodzieńcze wypracowania. Umieścił je bowiem na ostatnich kartach »Zbioru«. Ja jednak przerzucając kartki »Zbioru«, tem powolniej je odwracałem, czem bardziej zbliżałem się ku ostatnim. Z większem zajęciem czytałem o »dwóch owaryotomiach«, o »operacyi przetaczania krwi« lub o »spostrzeżeniach kazuistycznych z klinik chirurgicznych w Wiedniu i w Warszawie« i t. d., aniżeli o »wycinaniu odźwiernika«, »resekcyi sterczu« i t. d. Co prawda, to te drugie rozprawy znam z pierwodruku, zapoznałem się z niemi dokładnie »z obowiązku«; tamte pierwsze zaś znałem dotychczas jedynie ze słychu, a zapoznawałem się bliżej z niemi teraz dopiero, i to »z własnej pilności«. Te drugie, dostojne powagą autorytetu, ciągle aktualne, są dla mnie zbyt jeszcze blizkie, abym zupełnie przedmiotowo mógł na nie patrzeć. Z tamtemi zaś pierwszemi, powleczonemi patyną starości, wyrażając się pięknie, — mówiąc zaś po ludzku — wydobytemi z kurzu zapomnienia, gwarzę sobie swobodnie, niemal poufale, o tem, jakie to trudne były pierwsze kroki nowoczesnej chirurgii, zanim weszła na drogę, na której zadziwia nie »udała« owaryotomia, lecz »nieudała« i o tem wreszcie, jak to z nieznanego doktora Rydygiera w Gryfii wyrastał wielki chirurg i znakomity nauczyciel dla obu naszych Wszechnic!

Myślę, że autorowi należy się wdzięczność także za to, że nie szczędził ani trudów ani kosztów, aby w »Zbiorze« tym pomieścić i owe młodociane rozprawki. Wdzięcznym będzie mu kiedyś historyograf chirurgii, który pracując, czerpać będzie mógł z tej książki bez trudu, jak ze źródła pierwszorzędnej wartości. mn.

Dr Emil Fuhrmann. **Aerztliches Jahrbuch für Österreich.** 1914. Wien. (Cena 10 koron).

Od wydawnictw, mających charakter schematyzmu, wymaga się przedewszystkiem dokładności informacyi. Pod tym względem IX »Rocznik« Dr Fuhrmanna nie ustępuje poprzednim, gdyż wydawca starał się, o ile to tylko możliwe, podać dane jak najświeższe (z końca r. z.). Przez szereg drobnych, a żmudnych uzupełnień (dodanie dokładnych adresów lekarzy w większych miastach, dodanie

wiadomości o aptekach domowych i t. p.) stało się wydawnictwo jeszcze użyteczniejszem. Wydawca prosi wszystkich kolegów o nadsyłanie sprostowań i uzupełnień corocznie najdalej do 30. września (adres: Wien, IV, Waaggasse 12). Z.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Bartolotti. **Distrofia endocrino-simpatica; ipogenitalismo con emilipomatosi diffusa della cute.** (La Riforma medica Nr 29, 1913).

W ostatnich czasach ustalono związek, jaki zachodzi tak pod względem fizyologicznym, jak i patologicznym, między układem gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem (sistema endocrino), a układem współczulnym; na oznaczenie objawów chorobowych, polegających na zaburzeniach w obrębie tych dwu układów, wprowadzili Włosi (Pende) wyrażenie: »distrofia endocrino-simpatica«. Objawy te dzielimy ogólnie na 3 grupy: 1) Objawy dystroficzne, cechujące się nieprawidłowem wzrastaniem, lub też nieprawidłową przemianą materyi pewnych tkanek. 2) Objawy wywołane ze strony któregoś z gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem. 3) Zaburzenia w zakresie układu wegetatywnego, względnie samego tylko współczulnego. Do jednostek chorobowych, polegających właśnie na tego rodzaju zaburzeniach, zaliczamy chorobę Raynauda, Dercuma, Recklinghausena, twardzinę skóry (sklerodermia), błednicę, ostre obrzęki przyrody naczynio-nerwowej i t. d. Do niedawna jeszcze dwie odrębne teorye starały się wytłómaczyć te obrazy chorobowe, jedna, przyjmująca tylko zmiany w zakresie gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem, druga, uważająca za przyczynę pierwotne zaburzenia w układzie współczulnym. Ponieważ zaś dziś wiemy, że między obu tymi układami zachodzi ścisły związek i wzajemne oddziaływanie ich na siebie, dlatego musimy przyjąć, że dany czynnik chorobowy może zadziałać równocześnie na oba składniki, t. zn. gruczołowy i nerwowy, układu gruczołowo-współczulnego (sistema endocrino-simpatica), jak też i na każdy z nich z osobna, co jednak musi wpłynąć chorobowo i na część drugą. B. sądzi, że spostrzegany przez niego przypadek wchodzi właśnie w zakres patologii układu gruczołowo współczulnego. Chory, narodowości arabskiej, liczy lat 25. Z wywiadów ważniejszym szczegółem dla obrazu chorobowego jest okoliczność, że przy urodzeniu chorego znajdowało się w worku mosznowym tylko prawe jądro. Do szukania pomocy w szpitalu zmusiła chorego czerwonka, która w 2 tygodnie ustąpiła i z opisywanym tu obrazem chorobowym nie ma nic wspólnego. Badanie dało wynik następujący: Mężczyzna wzrostu wysokiego, o mięśniach dobrze rozwiniętych. Tkanka podskórna i podściółka tłuszczowa zachowują się odmiennie na obu połowach ciała. Po stronie prawej te warstwy są zupełnie prawidłowe; po stronie lewej natomiast widać nawet przy bardzo pobieżnem badaniu rozsiane zgrubienia, występujące w obrębie tak tkanki podskórnej, jak i tłuszczowej. W miejscach tych niema żadnych zaburzeń ani ze strony czucia, ani ciepłoty, ani krążenia, nie spotykamy też żadnych zaników. Ta niesymetrya lewej połowy ciała w stosunku do prawej jest najwybitniejsza na tułowiu, i to więcej z przodu, niż z tyłu, najmniej zaś wyraźna na częściach bocznych; na kończynach zaś prawie się nie zaznacza. Ścisłą granicę stanowi linia środkowa ciała. Owłosienie koło części płciowych, na klatce piersiowej, pod pachami i na brodzie bardzo skąpe. Prącie długie 5 cm, przy wzwodzie 7 cm, jądro prawe znajduje się w worku mosznowym i jest dobrze rozwinięte, po stronie zaś lewej worek jest zanikły, jądra nie zawiera, a pierścień pachwinowy tej strony jest zamknięty. Ciśnienie tętnicze wynosi 205—210 mm Hg (Riva-Rocci). Pomiary antropometryczne, robione podług schematu Violi, wykazały pewne cechy infantylizmu w zakresie kośćca tułowia, natomiast nadmierny rozwój kończyn zwłaszcza dolnych. To połączenie znamion hypoinwolucyjnych i hyperinwolucyjnych zbliża typ opisywany przez autora do typów eunuchoidalnych (soggetti eunucoidi), które często okazują także monorchizm lub kryptorchizm. Na pewne zaburzenia w układzie współczulnym zwracało już uwagę znaczne podniesienie ciśnienia tętniczego mimo młodego wieku i mimo braku jakichkolwiek zmian w nerkach, co wszystko kazało myśleć o hypersurrenalizmie; rzeczywiście badanie układu wegetatywnego tak zapomocą trucizn układu współczulnego (adrenalina), jak i zapomocą trucizn układu autonomicznego (atropina i pilokarpina), wykazało znaczny odczyn układu nerwowego wegetatywnego na wszystkie te środki, tak że autor przyjmuje tutaj wspólne występowanie sympatykotonii i wagotonii. B. wszystkie te objawy tłómaczy z jednej strony niedostatecznem wydzielaniem gruczołów płciowych (insufficienza genitale), z drugiej zaś strony wzmożoną czynnością nadnerczy, a nadto i hypertonią w zakresie układu autonomicznego, ze względu na jego zachowanie się wobec pilokarpiny; ponieważ zaś są dobrze znane przypadki otyłości, łączącej się z niedomogą płciową, stara się B. wytłómaczyć i jednostronne ogniskowe nadmierne rozrastanie się tkanki podskórnej i tłuszczowej — także hypogenitalizmem, t. zn. upośledzonem wydzielaniem wewnętrznem gruczołów płciowych, łącznie ze zmianami w układzie współczulnym tej samej połowy ciała. Dr Tempka.

Pollag. **Przyczynek do etyologii zapalenia wyrostka robaczkowego.** (Münch. med. Woch. 1913, 38). W jednym przypadku typowego ciężkiego zapalenia wyrostka robaczkowego stwierdzono na stole operacyjnym, iż wyrostek był wypełniony sporą ilością członów tasiemca. N.

Kienboeck. **Rozpoznanie rentgenologiczne owrzodzeń jelita grubego** (colitis ulcerosa) (Fortschr. a. d. Geb. d. Roentgenstrahl. T. XX. Z. 3). Autor podaje dwa spostrzeżenia kazuistyczne, tyczące się chorych, u których na podstawie badania rentgenologicznego rozpoznano poważne sprawy wrzodziejące w jelicie grubem, potwierdzone następnie na stole operacyjnym. Te spostrzeżenia Kienboecka uzupełniają badania Stierlina, Schwarza i Nowaczyńskiego, którzy podobne zmiany stwierdzili w obrazie rentgenologicznym jelita grubego, zajętego zapaleniem wrzodziejącem. Części jelita schorzałe nie wypełniają się należycie w odpowiednim czasie po spożyciu pokarmu, zawierającego środki kontrastowe (baryum, bizmut) i nie wykazują wyraźnych wypukleń, odpowiadających wypukleniom (haustra) jelitowym, przyczem można stwierdzić nieregularne cienie o rysunku marmurkowatym lub obłoczkowatym, figury cylindryczne z zupełnym brakiem wypukleń względnie zarysów brzegów jelita oraz obrazy siatkowe, jako wyraz nacieku ścian jelita, oraz owrzodzeń w ścianie jelita usadowionych. Przytem daje się badaniem rentgenologicznem stwierdzić zrosty, jakoteż niedomogę zastawki Bauhina. Wynik badania jest wogóle taki sam po podaniu wewnętrznem środków kontrastowych w pokarmach, jak i po zastosowaniu lewatywy kontrastowej. Ciekawem jest przytem, iż jelito prawidłowe po wydaleniu lewatywy jest albo zupełnie próżne lub zawiera jeszcze jej resztki w postaci regularnych, okrągłych cieniów, odpowiadających wypukleniom okrężnicy, natomiast w jelicie zajętem sprawą wrzodziejącą resztki soli kontrastowej układają się w postaci cienkich pasów, poprzeplatanych jasnemi bańkami gazów, co nadaje ową charakterystyczną marmurkowatość. N.

Hirschfeld: **Obecny stan etyologii limfogranulomatozy.** (Fol. haemat. t. XV. Z. 2. 1913.). Autor zbiera dotychczasowy materyał, tyczący się limfogranulomatozy i na jego podstawie przytacza następujące poglądy na etyologię tego schorzenia, nad którymi można dyskutować: 1) Limfogranulomatoza jest chorobą odrębnego rodzaju,

wywołaną przez czynnik dotychczas nieznany. 2) Limfogranulomatoza może być wywołana przez różne czynniki, najczęściej jednak przez prątek gruźliczy. 3) Limfogranulomatoza jest szczególnym rodzajem zakażenia gruźliczego (n. p. przez osłabione baterye gruźlicze lub inny biologicznie rodzaj bakteryi lub postać ziarenkową Mucha). Pewne zajęcie stanowiska w tej sprawie nie jest jeszcze obecnie możliwe; dość pewnem jest tylko to, że między gruźlicą a limfogranulomatozą zachodzą dość ścisłe stosunki na razie nieznanej przyrody. N

Stoffel. **O istocie rwy kulszowej i nowe wskazówki do jej leczenia operacyjnego** (Münch. med. Woch. 1913. 25.). Podobnie jak wszystkie wielkie pnie nerwowe kończyn, tak i nerw kulszowy jest zbiorem wielu ruchowych i czuciowych nerwów, splecionych dość luźnie ze sobą i w odpowiednich miejscach połączonych ze sobą anastomozami; rwa jednego lub kilku nerwów czuciowych składa się na obraz chorobowy rwy kulszowej, który zależnie od schorzenia tej lub owej gałęzi nerwowej, różnie może się przedstawiać. Gdyby się udało te chore gałęzie czuciowe wyszukać, to możliwem byłoby również, zdaniem autora, wyciąć je i w ten sposób przerwać chorobę; potrzeba jednak do tego bardzo subtelnej techniki operacyjnej nerwów. Autor przytacza jako przykład możliwości tego sposobu leczenia przypadek ciężkiej rwy kulszowej, w wyżej podany sposób operacyjnie leczony, który dotąd, t. j. po 11 miesiącach, pozostaje bez nawrotu. N.

G. Bergmann. **O działaniu regulatorów przewodu pokarmowego** (Słowo wstępne do następnych prac). Katsch i Borchers. **Przyczynek do badań ruchów jelita:** 1) Doświadczalne okno brzuszne. 2) Wpływy fizyczne na ruchy jelita. 3) Wpływy farmakologiczne na jelito. 4) Wpływy psychiczne na ruchomość jelita (Zeitschr. f. exp. Path. u Ther. tom XII. z. 2. 1813.). We wstępie zwraca Bergmann uwagę na to, że przez zastosowanie badań rentgenologicznych oraz studyów czynników hamujących i podniecających w układzie nerwowym brzusznym wyłoniły się nowe, bardzo ciekawe poglądy, oraz powstał nowy kierunek badań przewodu pokarmowego, którego owocem są cztery prace Katscha i Borchersa. K. i B. w celu badań ruchów jelita u królika wycinają w pośrodku powłok brzusznych czworokątny otwór, w który wkładają blaszkę celluloidową; blaszka ta szybko wgaja się w ranę. To doświadczalne okno brzuszne celluloidowe daje metodę chirurgiczno-fizyologiczną, jedyną dla badania wprost gołem okiem ruchów żołądka i jelit; umożliwia bowiem obserwowanie ciągłe przez dnie i tygodnie, przez co oczywiście przewyższa wszelkie metody doświadczalne operacyjne, a nawet w pewnych razach i badania rentgenologiczne. Otóż badania ruchów jelit wśród różnych wpływów przy pomocy takiego okienka dały następujące wyniki: W prawidłowych warunkach najczęściej spostrzega się rytmiczne skurcze mięśni podłużnych, t. zw. podłużne ruchy wahadłowe (Längspendeln), następnie rytmiczne skurcze mięśni okrężnych czyli poprzeczne ruchy wahadłowe (Querpendeln), oraz ruchy mieszane (gemischtes Pendeln); wreszcie stwierdza się ruchy kręcące (Rollbewegungen). Na kątnicy bardzo rozdętej widać duże i małe ruchy robaczkowe, rzadko zaś podłużne wahadłowe; wielkie ruchy mieszające stanowią całą grę ruchu robaczkowego i przeciwrobaczkowego; skurcze przytem nie są tak silne, żeby doprowadzały do zamknięcia światła jelita, jak n. p. w jelicie cienkiem i prostem; prócz tego występują jeszcze w kątnicy zwykłe wahania napięcia. W części wstępującej okrężnicy charakterystyczne są ruchy wypukleń okrężnicy (haustra), których celem jest tworzenie grudek kału, przyczem wypuklenia jelitowe są różnej wielkości, posuwają się równomiernie wzdłuż jelita i dają obraz jakby posuwających się fal morskich. W kiszce prostej ruchy, zmierzające do wydalenia kału, są rozmaicie żywe. Wpływy fizyczne działały w następujący sposób: Zimno wywoływało wśród zwiększenia napięcia i niedokrwienia przedewszystkiem unieruchomienie pętli jelitowej, na którą wprost podrażnienie zadziałało, następnie i dalszych części drogą odruchową. Wlewanie wody lodowej wywołuje po przemijającem unieruchomieniu żywe ruchy, zmierzające do wydalenia lawatywy. Zastosowanie miernie silnego ciepła wywołuje przekrwienie pętli jelitowych i wzmożenie ruchów, a o ile poprzednio napięcie było zwiększone, to ten stopień ciepła wywołuje jego zmniejszenie. Przez miesienie nie można było wywołać wcale ruchu robaczkowego na jelicie królika, tylko przekrwienie. Wszelkie zabiegi elektryczne przy zamkniętej jamie brzusznej pozostały bez skutku, podobnie i zastosowanie równoczesne elektryczności przez powłoki brzuszne i odbytnicę. O wpływie środków farmakologicznych podaje K. następujące wiadomości: Stwierdza naprzód, że właściwe działanie kliniczne niektórych środków nie jest jeszcze doświadczalnie uzasadnione. Dlatego też dla syntezy działania klinicznego jakiegoś środka należy oprócz doświadczeń analitycznych na preparacie tkankowym żyjącym posługiwać się jeszcze innemi metodami, które muszą być takie, by pozwalały śledzić ogólne skutki wśród warunków nie patologicznych i nie sztucznych. Metoda doświadczalnego okna brzusznego czyni zadość, zdaniem autora, owym warunkom, pozwala bowiem na dłuższą obserwacyę wśród stosunków, jakie zachodzą u zdrowego, prawidłowego zwierzęcia. Z wyjątkiem badania rentgenologicznego, które jest dla pewnych celów konieczne i również niejako »fizyologiczne«, wszystkie inne metody dotychczasowe, któremi posługiwano się przy badaniach działania środków farmakologicznych na zwierzęciu, są wobec metody okna brzusznego zbyteczne. Środki drażniące n. błędny, jak pilokarpina i fizostygmina, wywołują oprócz silnego wzmożenia ruchów także przekrwienie jelit, wskutek czego przypuszczenie, że n. błędny zawiera włókna rozszerzające naczynia jelit, zyskuje na prawdopodobieństwie. Ruchy, wywołane pilokarpiną i fizostygminą, mają w całym przewodzie pokarmowym charakter nietypowy i patologiczny, są w porównaniu z czynnością prawidłową jakby bezcelowe. Atropina działa uspokajająco na ruchy jelit, a na rytmiczne ruchy wywiera wpływ regulujący; wzmożenia ruchów pod działaniem atropiny nie spostrzegano. Działanie atropiny zwężające naczynia w zakresie n. trzewnego, przyjmowane przez niektórych autorów, jest bardzo nieznaczne. Wstrzykiwania adrenaliny wywołują nagłe unieruchomienie całego przewodu pokarmowego i równocześnie nagłe zblednięcie wszystkich narządów widocznych przez okienko. Istnieje zatem antagonizm między adrenaliną a fizostygminą nietylko co się tyczy ruchomości, lecz także i co do nerwów naczynio-ruchowych jelita. Przy zastosowaniu adrenaliny przez odbytnicę, działanie jej jest bardziej miejscowe i mniej udziela się wyższym odcinkom jelita, niż po zastosowaniu podskórnem lub dożylnem. Nikotyna w dużych dawkach wywołuje zahamowanie ruchów i niedokrwienie jelit. Kofeina w początkach swego działania wywołuje również przemijającą bladość i powstrzymuje ruchy jelit. Po wstrzyknięciu hypofizyny występuje z początku niedokrwienie jelita, które trwa tylko krótko; później następuje zwykle silne przekrwienie; ruchy jelita pod wpływem wyciągu z przysadki z reguły silnie się wzmagają i są bardziej fizyologiczne i skojarzone, niż wzmożone ruchy pod wpływem pilokarpiny i fizostygminy. Wstrzykiwania morfiny działają uspokajająco na ruchy jelit u królika. Podobnie jak morfina działa pantopon, opon (pantopon bez morfiny) oraz apokodeina. Badania autora nad wpływem afektów psychicznych wykazały, że strach lub obawa (n. p. silny szmer lub sprawienie bólu) wywołują skurcz naczyń w zakresie n. trzewnego oraz powstrzymują ruchy jelit, natomiast odwrotnie afekty wesołe (n. p. przedstawienie jedzenia) wywołują żywe ruchy jelit. N.

Pedyatrya.

Lederer. **Bronchotetania.** (Zeitschrift f. Kinderheilk. Orig. T. VII. Z. 1 i 2 1913). Przez bronchotetanię rozumie au-

tor rodzaj spazmofilii, dotychczas nie opisany. Choroba ta polega na kurczach stałych (tonicznych) mięśni oskrzeli. Wskutek tych kurczów pęcherzyki płucne zostają dopływu powietrza pozbawione, a powietrze w nich zawarte zostaje wessane tak, że następuje większa lub mniejsza niedodma. Klinicznie objawia się ona dusznością i sinicą. Części płuc, podległe niedodmie, dają opukowo stłumienie, oddech w tych częściach jest zaostrzony, czasami oskrzelowy, pokryty rzężeniami. Rozpoznanie jest trudne z tego względu, że sinica i duszność w połączeniu z objawami fizycznymi każą przypuszczać zapalenie płuc. Zdjęcie rentgenowskie umożliwi rozpoznanie. Leczenie powinno być zwrócone przeciwko spazmofilii. Tadeusz Kon.

Prof. Moro: **O stanach neuropatycznych w wieku dziecięcym.** (Zeitschrift f. ärzt. Fortb. Nr 1, 1914). Przez neuropatyę rozumiemy taki stan układu nerwowego, kiedy pobudliwość ustroju na zewnętrzne czy też wewnętrzne bodźce jest znacznie wzmożona, rzadziej natomiast osłabiona. Rozpoznanie neuropatyi u dzieci jest bardzo trudne. Często nazywamy dzieci niegrzeczne neuropatycznemi. Często o dzieciach neuropatycznych mówimy, że są przeczulone, chcąc uniknąć używania słowa »neuropatyczny«, lub pragnąc je złagodzić. Przy rozpoznawaniu doniosłe znaczenie mają wywiady; powinny one tedy obejmować rodziców, dziadków, ciotki, rodzeństwo, guwernantki, nauczycieli, wogóle wszystko i wszystkich, którzy na dziecko jakikolwiek wpływ wywierają. Dziedziczność, indywidualność i otoczenie, są to trzy kardynalne punkta, na które musimy zwrócić uwagę. Najlepiej pozwolić matce wszystko opowiadać, nie przeszkadzając jej, i stąd wnioski wysnuć. Nie należy tylko zbierać wywiadów przy łóżku dziecka, t. j. wogóle przy dziecku. Dzieci neuropatyczne często jeść nie chcą. Odpowiednia zmiana w dyecie jest w takich razach najlepszym środkiem leczniczym. Również często występują u tych dzieci wymioty, zwykle jako wymioty okresowe. Jeżeli zmiana dyety nie wpływa na poprawę apetytu u dzieci neuropatycznych, to należy je usunąć z tego otoczenia, w którem codziennie przebywają i zmienić zupełnie tryb ich życia. Dzieci neuropatyczne leniwią się żuć i boją się przełknąć pożywienie z obawy przed zaduszeniem się, są przytem bardzo lękliwe i milczące; boją się byle czego: uderzeń zegaru, gramofonu, szumu wody odpływającej z klozetu lub z wanny i t. d. Niekiedy cierpią na bóle napadowe w brzuchu, przy jednoczesnem zaparciu stolca, lub rozwolnieniu. Stolce przytem zawierają śluz, wyglądają rurkowato (colica mucosa, enteritis mebranacea, lub myxorrhoea nervosa). Na takie stany chorobowe wpływa leczniczo powietrze morskie, kąpiele w piasku, a właściwie wszystkie te przyjemności, których dostarcza dzieciom pobyt na wybrzeżu morskiem. Mimowolne oddawanie moczu (w nocy, a niekiedy i we dnie) do 5 roku życia występuje u dzieci na tle neuropatycznem. Dzieci neuropatyczne są zazwyczaj bardzo przeczulone na tle podrażnień zmysłowych, szczególniej miewają idyosynkrazye powonienia. Nie znoszą n. p. zapachu tytoniu, i zapach ten czyni je wprost nieszczęśliwemi. Często muzyka je razi do tego stopnia, że uciekają przed grą n. p. fortepianową, zatykają sobie uszy i uderzają w płacz. Ta nadczułość przejawia się i w inny sposób: dziecko cierpiące na migrenę, krzyczy głośno, jeżeli kto mięso kraje, albo jeżeli kto macza pióro w atramencie. Uczucie bólu u dzieci neuropatycznych jest również wzmożone, n. p. można zauważyć u nich przeczulicę włosów, a właściwie skóry głowy i paznokci. Cierpią często na bóle w łydkach, kolanach, w tylnej części głowy, w rdzeniu. Wszystkie wymienione dotąd objawy występują okresowo. Dodać jeszcze należy, że u dzieci neuropatycznych występują również zmiany naczynioruchowe. Dzieci te łatwo bledną z byle jakiego powodu, mają zimne nogi, ręce; często

nieregularne tętno. Wyrazem zmian naczynioruchowych bywa u dzieci takich również dychawica i rzekomy krztusiec. Leczenie dzieci neuropatycznych polegać powinno na ochranianiu ich od wpływów psychicznych i somatycznych, na wychowaniu pedagogicznem i na zastosowaniu reform w dziedzinie wychowawczej. Tadeusz Kon.

Langstein: **W sprawie powstawania zapaleń miedniczek nerkowych u dzieci.** (Med. Klinik. 1913 Nr 37). Zapalenia miedniczek nerkowych w wieku niemowlęcym i dziecięcym występują najczęściej na tle zaburzeń żołądkowo-jelitowych i jako powikłanie rozmaitych stanów nieżytowych. Najcięższą postacią tych zapaleń jest postać toksyczna. Objawami tej postaci są: wysoka gorączka (42°), utrata przytomności, wymioty, biegunka. Często zdarza się ta postać u osesków, żywionych tylko piersią matki. Skąpy mocz, obfitujący w białko, rozstrzyga rozpoznanie. Ciężki stan chorego dziecka nie wyłącza wyzdrowienia. Drugą postacią tych zapaleń jest postać »oponowa«, która wskutek pojawiającej się sztywności karku bywa mylnie brana za zapalenie opon mózgowych. Postać »płucna« (pneumoniczna) tych zapaleń, która może być mylnie wzięta za zapalenie płuc, powstaje wskutek tego, że dzieci przy ruchach przepony odczuwają silne bóle i dlatego ograniczają ruchy oddechowe i zmieniają typ oddychania. Bywają również postacie, przebiegające z żółtaczką, i takie, która sprawiają wrażenie zapalenia wyrostka. Czasami również ciężkie zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego do tego stopnia zacierają obraz zapalenia miedniczek, że zupełnie go nie przypuszczamy. Według Langsteina 90% przypadków przy prawidłowem rozpoznaniu i leczeniu kończy się wyzdrowieniem. Co się tyczy leczenia, to przedewszystkiem należy podawać wodę w dużych ilościach. Szczególniej w toksycznej postaci zapalenia miedniczek duża ilość podawanych płynów daje doskonałe wyniki. Autor z tego wysnuwa wniosek, że ta postać zapaleń powstaje wskutek braku wody w ustroju. Następnie podawać należy salol w ilości 0·6—1·0 dziennie. Niektórzy, jak n. p. Gorter, stosują wakcynoterapię. Mocz przy zapaleniu miedniczek zawiera zwykle dużą ilość bakteryi, należących do grupy prątka okrężnicy. Szczepionkę przygotowuje się w następujący sposób: Zapomocą cewnika wydobywa się mocz w sposób zupełnie jałowy. Z moczu tego wyhodowujemy czystą hodowlę bakteryi i sporządzamy z niej zawiesinę w rozczynie soli kuchennej. Następnie zabijamy bakterye przez ogrzanie do 62°. Ilość wstrzykiwanych bakteryi, obliczona sposobem Wrighta, sięgała 10—70 milionów. Przy tem leczeniu jeden chory umarł, nim zapalenie miedniczek zostało wyleczone; przyczyną śmierci było zapalenie płuc. U dwu innych chorych leczenie nie dało żadnych wyników; prawdopodobną przyczyną tego było zwężenie prawego moczowodu, stwierdzone przy cystoskopii. W dwu innych przypadkach nie nastąpiło zupełne wyzdrowienie, lecz tylko poprawa. 13 chorych leczonych w ten sposób zupełnie wyzdrowiało. Tadeusz Kon.

Göppert. **Patologia nieżytu nosa u osesków.** (Wykład na 20. Zjeździe Tow. pedyatr. niem. w Wiesbaden 13. IV. 1913). Przyczyną utrudnionego oddychania w o trych przypadkach nieżytu jest najczęściej nieżyt przedniej części nosa (rhinitis anterior), któremu towarzyszy obrzmienie małżowiny dolnej. W przypadkach przewlekłych nie spostrzegamy żadnego obrzmienia, któreby tłómaczyło utrudnienie oddychania nosowego. Objaśnić je możemy jedynie obrzmieniem migdałka nosowo-gardłowego. Najcięższe przypadki charakteryzuje następujący obraz chorobowy: szeroko rozwarte nozdrza, obrzmiała twarz, krótka klatka piersiowa wskutek podniesienia się żeber, brzuch znacznie powiększony, szczególniej wzdęta okolica nadpępcza. Wzdęcie może być tak wielkie, że dziecko tygodniami walczy z dusznością. Stałe obostrzenia się w przypadkach ciężkich znamionują się objawami ze strony przewodu pokarmowego. Przyczyną zatkania nosa jest fizyologiczna wielka wązkość nozdrzy tylnych (choanae) w wieku dziecięcym. Nieznaczne obrzmienie błony śluzowej wystarcza, żeby je zamknąć. Nieżyt tylnej części nosa i jamy nosowo-gardłowej wiedzie do zwężenia nozdrzy tylnych. Leczenie polega na wkraplaniu raz dziennie 1% rozczynu azotanu srebra i przetworów nadnerczy, które stosować należy szczególniej przy zaostrzeniu się sprawy chorobowej. Bardzo ważnem jest świeże powietrze. Tadeusz Kon.

Engel. **Zołzy i ich leczenie** (Med. Klinik. 1913 N 51). Etyologia zołzów jest ciemna. Dawniej uważano je za chorobę odrębną, potem za rodzaj gruźlicy, obecnie znów, głównie dzięki Czernemu, panuje zapatrywanie, że właściwie etyologia zołzów składa się z dwóch przyczyn: 1) z t. zw. skazy wysiękowej (exsudative Diathese) i 2) z cierpienia, które rozwija się na tle skazy lub pobudza do jej wybuchu. Cierpieniem tem najczęściej bywa gruźlica, choć może nią być i kiła; podobne jednak znaczenie etyologiczne mogą mieć nawet złe warunki ekonomiczne, brud, złe odżywianie i t. p. Zaprzeczyć się nie da, że podział ten ma wiele za sobą. Widuje się n. p. dzieci wolne zupełnie od gruźlicy, a zołzowate, dalej da się nieraz doskonale podleczyć gruźlicę, a zołzy pozostają bez zmiany i naodwrót. W leczeniu postępować musimy, stosownie do tezy Czernego, w dwóch kierunkach, t. j. leczyć skazę i ew. gruźlicę. Skazę leczymy najlepiej dyetetycznie (unikanie tłuszczu, mało mleka i jaj, a obficie mięso). Ewentualnie w zołzach pobudliwych (eretycznych) leczymy odżywianiem forsownem, prócz tego stosujemy tran, jod, wcierania szarego mydła i t. d. Przeciwko zaś gruźlicy stosujemy tuberkulinę, pobyt w górach lub nad morzem i inne znane sposoby postępowania. K.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z d. 14. I. 1914.

Przewodniczy prezes kol. Janiszewski, obecnych członków 23.

1) Przewodniczący w gorących słowach oddaje hołd pamięci prof. dr Erwina Międzowicza. Przemówienia wysłuchali zebrani stojąc.

2) Kol. prof. Ciechanowski odczytuje nadesłany na jego ręce do Towarzystwa list Redakcyi chorwackiego miesięcznika »Lijecnicki Vijesnik« z zaproszeniem lekarzy Polaków do współpracownictwa w tem piśmie.

3) Sekretarz stały dr Damski odczytuje następujące sprawozdanie z czynności Towarzystwa w r. 1913.

»Rok ubiegły zaznaczył się w naszem Towarzystwie równie żywym ruchem naukowym, przez staranny dobór przedmiotów i uproszonych przez prezydyum prelegentów, licznemi zajmującemi demonstracyami, a także wielkim udziałem członków na posiedzeniach. Stwierdzić należy, że tak r. 1912, jak i ten, z którego mam zaszczyt Sz. P. Kolegom sprawozdanie złożyć, należą do lat, dających dowód wzrastającego rozwoju Towarzystwa, które ze skutkiem spełniło jedno z najważniejszych swoich zadań, informując swoich członków o postępach wiedzy lekarskiej we wszystkich jej gałęziach.

Ponieważ w r. 1912 okazało się, że ujęcie pewnej gałęzi medycyny w cały szereg odczytów jest bardzo praktyczne, bo daje słuchaczom w przystępny sposób opracowaną całość przedmiotu, więc i w roku sprawozdawczym urządzono cykl odczytów z zakresu przemiany materyi, a jako prelegentów zaproszono, prócz miejscowych, i obcych, a mianowicie Prof. Bądzyńskiego ze Lwowa i Dr. Rzętkowskiego z Warszawy, którzy z chętną gotowością prośbie zadosyć uczynili.

Odczytów w ciągu roku było 25, z tych 12 na wyżej wymieniony temat, reszta odczytów była z ginekologi

chirurgii, medycyny wewnętrznej, okulistyki, rentgenologii i anatomii patologicznej. Że zaś Towarzystwo nasze zawsze interesowało się i sprawami ogólnej natury, szczególnie jeśli dotyczyły naszego miasta, więc odbył się odczyt na temat konkursu na regulacyę wylotu ul. Wolskiej i Błoń i odczyt o projekcie amfiteatru pod Wawelem. Z początkiem zaś roku czytał Prof. Wróblewski o kooperatywach, temat, obcy wprawdzie medycynie, ale w obecnej dobie i dla lekarzy bardzo na czasie.

Demonstracyi ze wszystkich zakresów wiedzy lekarskiej odbyło się 78. Udział w posiedzeniach naukowych był prawie zawsze liczny, dochodził często do stu kilkunastu uczestników.

Ponieważ Walne Zgr. Towarzystwa lek. galicyjskich odbyło się w roku ubiegłym u nas (d. 2. III), więc mieliśmy zaszczyt gościć delegatów z całej Galicyi. Sprawozdanie z Walnego Zgromadzenia drukowane było w Nr. 10. »Przeglądu lekarskiego«.

Towarzystwo nasze zajmowało się także w roku ubiegłym sprawami natury społecznej, świat lekarski obchodzącemi. Więc uchwaliliśmy tutaj w kwietniu (19.IV.) rezolucyę w sprawie szpitala św. Ludwika w Krakowie, w celu zwrócenia uwagi miarodajnych czynników na grożące miastu niebezpieczeństwo wskutek zamierzonego zniesienia szpitala i kliniki dla dzieci. W czerwcu zaś odbyło się ogólne zebranie lekarzy krakowskich, zwołane przez prezydya Towarzystwa lek., Izby lek. i Związku lek., które uchwaliło poczynić starania, aby przy reformie sejmowej ustawy wyborczej, Izby lekarskie mogły uzyskać prawo wysyłania po jednym pośle do Sejmu. Motywem tego żądania nie była chęć posiadania w Sejmie reprezentanta i obrońcy zawodu lekarskiego, ale zamiar, by Sejmowi zapewnić znawcę i doradcę w ważnych, a często zaniedbywanych postulatach sanitarnych w kraju. Niestety zabiegi nasze prawdopodobnie skutku nie osiągną.

W dalszym ciągu sprawozdania nadmieniam, że czując się częścią całego polskiego społeczeństwa lekarskiego, braliśmy, jak zawsze, tak i ubiegłego roku udział we wszystkich ważnych momentach, polski świat lekarski obchodzących. Więc przez delegata naszego, Prof. Dr. Ciechanowskiego, było nasze Towarzystwo reprezentowane na uroczystości jubileuszowej 25-lecia »Nowin lekarskich« w Poznaniu. Doc. Dr. Koźniewski złożył od nas adres i hołd Dr. Alfredowi Sokołowskiemu w Warszawie z okazyi obchodu jego 40-letniej pracy na polu nauki lekarskiej i społeczno-narodowej. Nie zapominaliśmy o jubilatach dawnej szkoły głównej Warszawskiej, jak Dr. Mikołaju Rajchmanie i innych, śląc im telegramy gratulacyjne. Na międzynarodowym Kongresie higienicznym w Buffalo w Ameryce, zastępował nas Dr. Fronczak, tamże mieszkający. Na międzynarodowym zaś Kongresie w Londynie, w którym znaczna liczba polskich lekarzy brała udział, Prof. Dr. Wicherkiewicz upomniał się, aby na podobnych kongresach w przyszłości odróżniano i wymieniano narodowość polską, pomijając jej przynależność państwową. Wzięliśmy także udział w odsłonięciu pomnika Smolki we Lwowie i w pogrzebie Prof. Małeckiego.

Przechodząc w końcu do sprawozdania o ruchu członków, wspomnieć należy na pierwszem miejscu o tych, których w roku ubiegłym utraciliśmy. A ponieśliśmy dotkliwe straty. Umarł Dr. Gustaw Bielański, były wiceprezes Towarzystwa, stały aż do ostatnich niemal chwil życia uczestnik naszych posiedzeń. Straciliśmy Prof. Dr. Bochenka, także byłego wiceprezesa, tak chętnego zawsze prelegenta, wreszcie zmarł senior lekarzy praktyków, znany w całej Polsce Prof. Dr Pareński, którego jubileusz niedawno obchodziliśmy w tej sali; ubył także Dr Krongold. Mimo te-

go liczba członków wzrosła i wynosiła z końcem r. 1913. zwyczajnych 219, honorowych 39, członków korespondentów 40.

W roku sprawozdawczym odznaczyliście koledzy tytułem członka honorowego zasłużonego nauce polskiej Prof. Dr Przemysława Pieniążka, a prezydyum Towarzystwa wręczyło mu odnośny dyplom.

Dotykając spraw wewnętrznego zarządu, nadmieniam, że Wydział odbył 13 posiedzeń, załatwiając rozmaite sprawy administracyjne i przygotowując wnioski na pełne posiedzenia. Uchwalił między innemi zniżyć wkładkę na 24 K. dla lekarzy wojskowych, mających chęć wstąpić do naszego Towarzystwa. Starał się także o zwiększenie subwencyi krajowej. Na tem kończę, a szczegółowe sprawozdania poszczególnych gałęzi zarządu przedstawią Szanownemu Zgromadzeniu zawiadujący niemi Koledzy«.

Sprawozdanie to jednomyślnie przyjęto do wiadomości.

4) Bibliotekarz kol. Blassberg odczytuje następujące sprawozdanie biblioteczne za rok 1913.

»Do inwentarza i katalogu bibliotecznego wciągnięto w r. 1913 629 dzieł i 52 wydawnictw peryodycznych oraz czasopism, tak że dnia 31 grudnia 1913 było w bibliotece uporządkowanych i skatalogowanych razem 10·887 dzieł i 618 wydawnictw peryodycznych. W ciągu r. 1913 wypożyczono z bibliotek książek lub pism 230, zwrócono 51, pozostaje zaległych 179. Nadto z ubiegłych lat nie wpłynęło dotąd 83 książek lub czasopism. Liczba członków korzystających z biblioteki wynosiła w r. 1913 60. Płatny pomocnik bibliotekarza był stale czynny przez jedną godzinę dziennie. Godziny urzędowe były codziennie od 12—1 w południe.

Dary: Jak w innych latach, tak i w r. 1913 Prof. Dr. Ciechanowski otaczał szczególniejszą opieką bibliotekę i złożył jej w darze mnogie czasopisma i dzieła. Oprócz tego otrzymała biblioteka w roku 1913 znaczniejsze dary w dziełach lub rocznikach od Muzeum przemysłowego za pośrednictwem Miejskiego Urzędu zdrowia oraz od kol prof. Bossowskiego, Bujwida, Dobrowolskiego, Glińskiego, Dra Grzybowskiego, Jungera, Klęska, prym. Murdzieńskiego, Dra Surzyckiego, oraz Radcy dworu Wicherkiewicza z Krakowa, jakoteż od Dra Serkowskiego z Warszawy i Zahorskiego z Wilna. Pani Drowa Wilkoszowa z Krakowa ofiarowała Towarzystwu bibliotekę lekarską, pozostała po śp. Dr Wilkoszu, fizyku m. Krakowa. Nadto komisya redakcyjna »Przeglądu lekarskiego« ofiarowała Bibliotece 200 koron.

W r. 1913 rozpatrywał Wydział sprawę rozszerzenia lokalu biblioteki, który z powodu ustawicznego przyrostu książek okazuje się za ciasnym. Prezydyum poczyniło energiczne zabiegi o uzyskanie odpowiednich subwencyi od władz krajowych celem umożliwienia odpowiedniej przebudowy«.

Sprawozdanie to jednomyślnie przyjęto do wiadomości i na wniosek kol. Stahra uchwalono wśród oklasków podziękowanie kol. bibliotekarzowi.

5) Skarbnik kol. Akerman przedstawił sprawozdanie kasowe.

6) Kol. Wojciechowski zdał sprawę z administracyi »Przeglądu lekarskiego«.

7) Na wniosek komisyi rewizyjnej uchwalono udzielić zarządowi absolutoryum i wyrazić podziękowanie. Uchwalono zarazem, aby gospodarz także na pełnem posiedzeniu Towarz. składał szczegółowe sprawozdanie doroczne.

8) Przewodniczący kol. Janiszewski składa urzędowanie w ręce nowowybranego prezesa prof. Kadera.

9) Prezes prof. Kader, objąwszy przewodnictwo, kreśli w krótkich słowach program działalności i prosi o poparcie swych usiłowań.

10) Na wniosek kol. Surzyckiego uchwalono wśród oklasków podziękowanie kol. Janiszewskiemu za jego znakomitą działalność na stanowisku prezesa.

Sekretarz doroczny dr. J. Zubrzycki.

Towarzystwo lekarskie Zagłębia Dąbrowskiego.

Doroczne Zebranie ogólne z dn. 15 Marca 1913 r.

Obecnych 24 członków rzeczywistych. Przewodniczy w części naukowej kol. Czajkowski

1. Kol. Weinzieher przedstawił 2 przypadki **kiły trzeciorzędnej gardła.** Pierwszy — charakterystyczny bardzo szybkiemi i rozległemi zmianami. Przed 7 laty chory przechodził kiłę i wówczas po leczeniu swoistem (wstrzykiwania Hg. salic. po 0,1) wszystkie objawy przeszły. Od tego czasu nie leczył się wcale. Od 3 miesięcy zaczął chory odczuwać pewne dolegliwości w nosie, a następnie i w gardle. Obecnie zgłosił się do szpitala Będzińskiego z ogromnemi zmianami: dolna część nosa zapadła; w gardle zamiast podniebienia miękkiego i łuków widoczne z 2 stron tylko 2 ścięgniste bliznowate połączenia podniebienia z tylną ścianą gardła; języczka wcale niema; głos nosowy; połykanie utrudnione. Drugi przypadek charakterystyczny ze względu na bardzo wczesne wystąpienie objawów trzeciorzędnych w gardle. Przed 3 miesiącami wrzód pierwotny i wkrótce potem wysypka. Leczenie swoiste (12 wstrzykiwań Hg. salic. po 0,1) usuwa wszystkie objawy. Od 4 tygodni ból w gardle i naloty, przedstawiające się w następujący sposób: na powiększonych znacznie migdałach jakby grzybowate słoninowate wybujałości. Na propozycyę leczenia swoistego chory się początkowo nie zgadza, a leczy się gdzieś ambulatoryjnie na »anginę« bez żadnego skutku, nawet z pewnem pogorszeniem. Przed kilku dniami wstąpił nareszcie do szpitala, spowodowany ciągłym bólem w gardle, a szczególnie przy połykaniu. Obecnie kiłowy charakter zmian zupełnie widoczny wobec głębokich wyżarć w migdałach, a częściowo i w łukach, sprawionych rozpadem kilaków.

2. Kol. Czajkowski pokazuje przypadek bardzo daleko posuniętego **zmięknienia kości,** z ogromnemi zmianami w układzie kośćca, szczególnie klatki piersiowej, trwający już trzeci rok i stale postępujący; z powodu tego przypadku ma wykład o zmięknieniu kości wogóle.

W dyskusyi a) kol. Szczuka wspomina, że ma również obecnie w leczeniu przypadek zmięknienia kości z dosyć wyraźnemi zmianami, które zaszły w ciągu 4 tygodni. — b) Kol. Suchodolski zwraca uwagę na opisane przypadki wytrzebienia przy zmięknieniu kości z dobrym skutkiem.

c) Kol. Puterman przytacza, że Hahn opisał 42 przypadki wśród samych tylko mężczyzn, a wszak wiadomo, że przeważająca liczba zachorowań przypada na osoby płci żeńskiej w okresie dojrzewania płciowego, aczkolwiek i wiek dziecięcy nie jest wolny od tej sprawy (przypadek u 13-miesięcznego dziecka). Przytoczone przez prelegenta objawy kol. P. uzupełnia opisem zaburzeń ze strony układu nerwowego i mięśniowego (pierwotny zanik mięśni postępujący; spastyczne kurcze mięśni, zwłaszcza przywodzących uda — wczesny nieraz objaw rozpoznawczy —, wzmożenie odruchów rzepkowych, zaburzenia psychiczne). Co do patogenezy mówca przytacza szereg luźnych faktów, wskazujących na pewien związek zmięknienia kości z czynnością gruczołów płciowych i tarczycy. Stosunkowo częstsze występowanie zmięknienia kości wśród kobiet, i to przeważnie w okresie dojrzewania płciowego i podczas ciąży, wskazuje na pewną zależność sprawy od wzmożonej czynności jajników (rozrost kości u zwierząt po wycięciu jajników — Fehling). Na częste przypadki zmięknienia kości i choroby Basedowa w pewnych miejscowościach zwrócił uwagę Hoenicke. Za istnieniem pewnego związku pomiędzy nadmierną czynnością gruczołów płciowych, a tarczycy, przemawiałyby następujące dane: spotykany nieraz rozrost gruczołu tarczowego w okresie dojrzewania płciowego i u ciężarnych; stosunkowo częstsze występowanie pewnych zaburzeń to ze strony narządu oddechowego, narządu krążenia, to ze strony układu nerwowego (gruźlica, dychawica, psychozy, drgawki) zarówno u osobników w okresie wzmożonej czynności gruczołów płciowych, jak i u osobników z nadmierną czynnością gruczołu tarczowego; wreszcie nie bez znaczenia jest często

spotykana adrenalinemia w ustroju, przesyconym wytworami tarczycowymi, a stwierdzony wpływ regulujący adrenaliny na czynność jajników, resp. wpływ leczniczy adrenaliny na zmięknienie kości. Omawiając etyologię, kol. P. wspomina o przypuszczalnem zakaźnem pochodzeniu zmięknienia kości, o wykryciu jakoby przez włoskich autorów dwoinek w kościach, moczu, krwi chorych na tę chorobę, o doświadczalnem wywołaniu zmięknienia kości za pośrednictwem tych dwoinek, o możliwości zakaźnego szerzenia się sprawy. W dalszym ciągu wskazuje kol. P. na trudności rozpoznawcze w okresach wczesnych, na znaczenie białkowego ciała Bence-Jonesa w moczu przy odróżnianiu zmięknienia kości od mięsaka szpikowego. W końcu omawia pomyślny wpływ adrenaliny, fosforu, wycięcia jajników na zmięknienie kości. (Streszczenie własne).

d) Kol. Dehnel przypomina badania nad przemianą materyi w zmięknieniu kości, dokonane przez Korczyńskiego, który znalazł zaburzenia w wydzielaniu fosforu i leczył kolchicyną. — e) Kol. Królikowski podkreśla również związek zmięknienia kości z tarczycą; zdarza się ono mianowicie częściej tam, gdzie i wole, n. p. w Kroacyi. Po wytrzebieniu w większości przypadków nie stwierdzono poprawy. Co do rozróżnienia zmięknienia kości i mięsaka szpikowego (myeloma), to ciało Bence-Jonesa nie ma rozstrzygającego znaczenia, ponieważ znajdowano je i w przypadkach mięsaka szpikowego. Następnie kol. K. zwraca uwagę na zdanie Trousseau o identyczności krzywicy i zmięknienia kości. Reklinghausen w swoim czasie znalazł obie choroby u 13-miesięcznego dziecka. W ostatnich czasach coraz więcej podnosi się głosów, przemawiających za identycznością pochodzenia obu chorób. — f) Kol. Budzyński zwraca uwagę na fakt, że w Kazaniu zmięknienie kości zdarza się dosyć często, ale wyłącznie u Tatarek, a nie u Rosyanek, że zatem w powstaniu tej choroby mogą odgrywać rolę i właściwości rasowe.

3. Wznowiono dyskusyę o celowości **pulmotoru Draegera.** Na wstępie a) kol. Królikowski, zastanawiając się szczegółowo nad fizyologią oddychania i stwierdzając, że na ciśnienie żylne, na które dodatni wpływ wywiera czynne rozszerzanie klatki piersiowej przy oddychaniu prawidłowem lub sztucznem, pulmotor musi działać ujemnie, że przy pulmotorze tłocznia brzuszna nie działa, i że tlen dla samego procesu oddychania znaczenia pobudzającego nie ma, dochodzi do wniosku, że zwykle praktykowane sztuczne oddychanie jest o wiele pożyteczniejsze, niż działanie pulmotoru. — b) Kol. Dehnel wyraża zdanie, że nie można zaprzeczać dodatniego działania tlenu, który, zdaniem mowcy, działa pobudzająco na ruchy oddechowe. — c) Kol. Podczaski zwraca uwagę na możliwość wtłaczania zapomocą pulmotoru tlenu do żołądka i na ujemne działanie, spotęgowane jeszcze przez tę okoliczność nietylko na ciśnienie żylne, lecz i na stan napełnienia naczyń włoskowatych samego płuca; wypowiada również zdanie, że pulmotor gorszy jest od sztucznego oddychania. — d) Kol. Arnold zwraca uwagę, że nie tlen, jak sądzi kol. D., działa na ośrodki oddychania, ale kwas węglowy, znajdujący się w płucach. — e) Kol. Wołkowicz przypuszcza, że musiano robić pewne doświadczenia, stwierdzające celowość pulmotoru, że trzeba zatem zebrać odnośne dane, które bezwątpienia muszą istnieć, aby módz nietylko na zasadzie wywodów teoretycznych, ale zastosowania praktycznego wysnuć odpowiednie wnioski. — f). Kol. Falkowski wnosi, aby zająć się zbadaniem stanu sprawy ratownictwa u nas. — Wniosek ten zostaje przyjęty z uzupełnieniem przewodniczącego, aby się postarać zaznajomić się praktycznie z działaniem pulmotoru.

4. W części administracyjnej zebrania ogólnego przewodniczył kol. Kołudzki.

Przed przystąpieniem do wyborów kol. Czajkowski prosi o niewybieranie go ze względu na zły stan zdrowia. Kol. Dehnel i Weinzieher oświadczają się za nieuwzględnieniem tego powodu, ponieważ: 1) choroba kol. Cz. może prędko przeminąć, 2) w razie choroby prezesa stosownie do ustawy zastępuje go wiceprezes. — Prezesem został wybrany kol. Czajkowski, wiceprezesem kol. Królikowski, sekretarzem kol. Weinzieher, bibliotekarzem kol. Puterman, skarbnikiem kol. Zieleniewski, członkami zarządu kol. Dehnel i Żołędziowski. Do komisyi rewizyjnej zostali wybrani: kol. Arnold, Suchodolski i Falkowski.

Po dokonaniu wyborów sekretarz odczytał sprawozdanie z działalności Towarzystwa w r. 1912, z którego wynika, że 1 stycznia 1912 r. Towarzystwo liczyło 41 członków rzeczywistych, samych lekarzy, zamieszkałych w powiecie Będzińskim, w ciągu roku sprawozdawczego przybył 1 członek rzeczywisty i ubył 1 wskutek wyjazdu z Zagłębia, tak że 1 stycznia 1913 r. Towarzystwo liczyło 41 członków rzeczywistych.

W skład zarządu wchodzili: kol. Czajkowski jako prezes, Królikowski — wiceprezes, Weinzieher — sekretarz, Puterman — bibliotekarz, Zieleniewski — skarbnik, Dehnel i Pfabe.

Posiedzeń w ciągu roku odbyło się 11, w tem 1 ogólne zebranie doroczne. Frekwencya średnia 21 członków rzeczywistych, największa 29, najmniejsza 14. Referaty w ciągu roku wypowiedzieli: 1) Kol. Dehnel: Racyonalny sposób walki z gruźlicą w Zagłębiu. 2) Tenże: Kilka uwag o wrzodzie dwunastnicy, 3) Tenże: Przyczynek do etyologii reumatyzmu. 4) Kol. Pfabe: Dane statystyczne o gruźlicy za ostatnie 10 lat wśród robotników fabryki Fitznera i Gampera. 5) Kol. Starkiewicz: Gruźlica u dzieci w świetle najnowszych badań i poglądów. 6) Kol. Bartkiewicz: Operacye przepuklin w okresie 5-letnim w szpitalu w Zawierciu. 7) Kol. Brzeziński: O dyecie szpitalnej. 8) Kol. Czajkowski: Medycyna przyszłości i stanowisko w niej lekarza, 9) Tenże: O leczeniu swoistem gośćca oraz kilka uwag o etyologii tego cierpienia. 10) Kol. Henryk Higier: W sprawie nowszych poglądów na układ sympatyczny i autonomiczny i ich znaczenie kliniczne. 11) Kol. Arnold opowiedział: a) o niezwykłym przypadku zwichnięcia w stawie biodrowym i b) o przypadku urazu mózgu o przebiegu pomyślnym. Z przypadków chorobowych pokazali: 1) Kol. Arnold: Przypadek guza jamy brzusznej i klatki piersiowej. 2) Kol. Puterman i Wołkowicz: Przypadek przypuszczalnej limfogranulomatozy. 3) Kol. Czajkowski i Łapiński: Przypadek twardziny skóry. 4) Kol. Czajkowski: Przypadek wyrośli kostnej (exostosis humeri). 5) Kol. Dehnel: Przypadek przypuszczalnej choroby Friedreicha. Z preparatów chirurgicznych pokazał kol. Czajkowski: 1) wole koloidowe, operowane u 76-letniego starca »in extremis« z powodu zwężenia tchawicy z zejściem śmiertelnem, 2) torbiel skórzastą znacznych rozmiarów, która wisiała na cienkiej szypułce u dna macicy, 3) dużych rozmiarów gangliony, wyłuszczone z palca.

Oprócz powyższego jedno z posiedzeń było prawie całkowicie poświęcone szczegółowemu obejrzeniu nowozbudowanego szpitala żydowskiego w Sosnowcu i dyskusyi nad niektóremi zagadnieniami etyki lekarskiej, poruszonemi przez zarząd. Na zewnątrz Towarzystwo zamanifestowało się depeszą gratulacyjną na jubileusz prof. Baranowskiego i wspólnem z innemi Towarzystwami Zagłębia wysłaniem wieńca na trumnę Prusa. Zarząd odbył w ciągu roku sprawozdawczego 14 posiedzeń, na których układano porządek posiedzeń Towarzystwa, zajmowano się sprawami administracyjnemi, starano się możliwie łagodzić niesnaski, wynikające między kolegami, ułożono tematy do opracowania, budżet, regulamin biblioteczny, zastanawiano się nad niektóremi zagadnieniami etyki lekarskiej, i nad prenumeratą pism i zakupem książek.

Następnie kol. Puterman odczytał sprawozdanie ze stanu biblioteki, z którego wynika, że w ciągu roku 1912 przybyły 52 tomy, wobec czego obecnie biblioteka liczy 929 tomów. Najbardziej wzbogacone zostały działy patalogii szczegółowej, dyagnostyki, farmakologii, terapii, chirurgii, położnictwa i ginekologii. Korzystało z biblioteki

w roku sprawozdawczym 16 kolegów, którzy wypożyczyli 30 książek i 53 numery czasopism. Najbardziej interesowano się pedyatryą, medycyną wewnętrzną i terapią, mniej chirurgią, położnictwem i ginekologią, dermatologią, a najmniej anatomią, bakteryologią, fizyologią i chemią organiczną.

Ze sprawozdania skarbnika wynika, że majątek Towarzystwa w gotowiźnie wynosi na 1 stycznia 1913 r. r, 1374, kop. 4, z tego w funduszu zapomogowym r. 737 k. 72, włącznie już z % za rok 1912, wynoszącym r. 31 k. 48.

Następnie wysłuchano sprawozdania komisyi rewizyjnej, która znalazła księgi kasowe i dokumenty w zupełnym porządku i ze szczególnem uznaniem podnosi dbałość bibliotekarza o utrzymanie biblioteki i katalogów we wzorowym porządku. Wreszcie zatwierdzono budżet, pozostawiając dotychczasową składkę dla członków rzeczywistych, mianowicie 18 r. rocznie, z czego $^1/_8$ część ma być i nadal potrącana na fundusz zapomogowy. S. Weinzieher.

Towarzystwo lekarskie Płockie.

Posiedzenie d. 30. V. 1913.

1) Kol. Żenczykowski. **Teorya opsonin Wrighta.** Wyjaśniwszy, na czem polega istota teoryi, kol. Z. przeszedł do zastosowania teoryi w praktyce w celu leczenia spraw zakaźnych przy pomocy wakcynoterapii.

2) Kol. Zaleski. **Pokaz operowanych wyrostków robaczkowych.** Pierwszy okaz w kształcie guza, wielkości małej pięści, u człowieka lat około 50. Przed operacyą rozpoznawano złośliwy guz kiszki ślepej, tembardziej, że wymacywany nawet przez samego chorego guz przebiegał przewlekle, w ciągu kilku miesięcy obserwacyi prawie nie był bolesny, a ostrego napadu nigdy nie było. Guz powstał przez przerost, skręcenie i przyklejenie wyrostka do kiszki ślepej. Drugi okaz wyrostka, wyjętego operacyjnie na zimno po paru napadach, przedstawiał odsznurowaną prawie od wyrostka torbiel wielkości orzecha tureckiego, napełnioną śluzowym płynem. Trzeci okaz dotyczy długiego bardzo wyrostka, wyjętego podczas ostrego napadu w 3. dniu choroby. Wyrostek leżał, zgięty kolankowato, w świeżo powstałej przepuklinie udowej, koniec zaś jego był w wolnej jamie brzusznej. Wyrostek, worek przepuklinowy, kiszka ślepa i sąsiednie jelito cienkie pokryte były ropą. Herniolaparotomia i sączkowanie ocaliło chorą. Czwarty okaz dotyczy młodej 16-letniej dziewczyny, cierpiącej na bardzo często powtarzające się wymioty od lat kilku, leczonej dotąd bezskutecznie. Wyrostek znaleziono dość długi, makroskopowo niezmieniony. Po operacyi wymioty w ciągu 6 miesięcy nie zjawiły się i operowana jest zupełnie zdrowa. (Streszczenie własne).

Posiedzenie z d. 31. X. 1913.

1) Kol. Zaleski pokazał **klizopompę**, używaną ogólnie do lawatywek u dzieci, **zastosowaną** przez dodanie szklanej rurki, do nadymania powietrzem żołądka u chorego, jak również **do otrzymywania treści żołądka** bez dodawania wody. Obecni koledzy uznali przyrząd za zupełnie praktyczny i spełniający dokładnie obydwa zadania.

2) Kol. Żenczykowski odczytał dokładnie zobrazowany wykład: **O odczynie Bordeta i Gengou.**

3) Kol. Zaleski. **Przypadek późnego zatrucia chloroformem.** J. B., panienka lat 14, operowana d. 5. V. 1913, z powodu ostrego powtórnego napadu zapalenia wyrostka robaczkowego, w drugim dniu choroby. Operacya trwała godzinę, chloroformu zużyto około 30 gm. Wyrostek robaczkowy zmieniony, ze zmętniałą błoną surowiczą, dlatego pomimo niecięźkiego stanu ogólnego niezupełnie zaszyto ranę (cięcie Lennandera) i od dołu włożono pasek gazy wyjałowionej. Przebieg pooperacyjny z początku pomyślny, bez gorączki i przy dobrem tętnie; kawałek gazy w ranie zmieniono na mniejszy. Togoż dnia niewielka żółtaczka, mocz bez białka. Następnego dnia żółtaczka wyraźniejsza, barwiki żółciowe w moczu. Ku wieczorowi stan chorej się pogorszył, chora rzucała się ustawicznie na łóżku, utraciła przytomność przy ciepłocie 37° C. i tętnie 76. Podano wodę Vichy i wstrzyknięto niewielką dawkę morfiny. Całą noc chora majaczyła, krzyczała, rzucała się i pomimo opieki matki i służby zerwała opatrunek (bandaże i leukoplast), przyczem przez otwór w dolnym końcu rany wypadł kawał sieci. Sieć zaraz odcięto i włożono w otwór kawał gazy wyjałowionej, na to uciskający opatrunek. Następnego dnia, 8. V., chora chwilami przytomniejsza, żółtaczka większa, ilość moczu 500 ctm na dobę, ciepłota 37° C., tętno 76. Noc z 8. na 9. V. spokojniejsza, chora chwilami zasypia. 9. V. przytomność chwilami wraca, żółtaczka większa, mocz 800 ctm. sz. z barwikami żółciowymi. Od tego czasu stan powoli poprawia się, chociaż żółtaczka trwa jeszcze w ciągu 2 tygodni; rana goi się bez powikłań. Chora przez 2 dni pomimo dobrego tętna i niepodwyższonej ciepłoty sprawiała wrażenie ciężko chorej; prócz niepokoju, objawów maniakalnych, były jeszcze kilkakrotne wymioty i krwawienie z nosa, stolce odbarwione, twardawe, język mocno obłożony, śledziony i wątroby wymacać się nie dało, jednem słowem stan chorej sprawiał wrażenie ciężkie i przypominał obraz ostrego żółtego zaniku wątroby. Leczenie polegało na obfitych wlewaniach podskórnych rozczynu soli (pierwszego dnia 1500, drugiego 1000) i na ciągłych wziewaniach tlenu. Przypisując objawy powyższe zatruciu chloroformem, starał się prelegent w ten sposób wpłynąć na ogólną przemianę materyi. Tego rodzaju zatrucia chloroformem zdarzają się chyba bardzo rzadko, gdyż w literaturze bardzo mało o nich znaleść można. W »Przeglądzie lekarskim« Nr 20, z r. 1913 (referat z Münch. med. Woch. Nr. 10, z r. 1913) mówi Hildebrand o tego rodzaju zatruciu i nazywa je jednem z najstraszniejszych powikłań uśpienia chloroformem, bo nieraz śmiertelnem i cechującem się na stole sekcyjnym obrazem ostrego żółtego zaniku wątroby. Radzi on zawsze przed uśpieniem chloroformem zbadać dokładnie wymiar wątroby i mocz co do zawartości urobiliny i w razie znalezienia jej zaniechać uśpienia chloroformem. W zeszycie 674 r. 1913, »Sammlung klinischer Vorträge« Brachel opisuje 2 podobne przypadki zatrucia w kilka dni po operacyi; sądzi on, iż zależy to od małej ilości glikogenu w komórkach wątroby i radzi nie głodzić chorego przed uśpieniem, owszem do ostatniego dnia podawać węglowodany i nie stosować solnych środków czyszczących. Najlepiej jednak wobec większej śmiertelności uśpienia chloroformowego od eterowego używać stale do uśpienia eteru. (Streszczenie własne).

Posiedzenie z d. 29. XI. 1913.

1) Kol. Zaleski. **Przypadek megacolon congenitum** (choroby Hirschprunga). Ogół lekarzy mało jest obznajomiony z tą chorobą, która zdarza się niezmiernie rzadko, a niektórzy autorzy wbrew dokładnemu opisowi tej choroby przez Hirschprunga jako wrodzonej, biorą ją za nabytą, mieszając z pojęciem »megacalon acquisitum« na tle wrodzonych lub nabytych zwężeń kiszki grubej. Przypadek spostrzegany dotyczył noworodka, trzeciego dziecka pp. W., urodzonego 4. VIII. 1908 r. Do dziecka wezwano mnie 8. VIII. z powodu zupełnego zatrzymania smółki i gazów. Dwa dni po urodzeniu stosowano lawatywki z porady lekarza bez skutku. Dziecko wychudzone, z ogromnym brzuchem, lśniącą skórą, niespokojne i jęczące. Odbyt prawidłowy, palec wchodzi łatwo do prostnicy. Po lawatywach z wody i oliwy długą miękką kanką z irygatora, miesieniu brzucha, po kilkugodzinnych usiłowaniach, posługując się przytem palcem, wprowadzonym do prostnicy, udało się opróżnić kiszki z bardzo obfitej smółki, kału i gazów, dziecko się uspokoiło i zaczęło ssać. W następnych tygodniach wypróżnienia, choć leniwe, przy pomocy lewatyw, były dość

prawidłowe. Później bywały jeszcze kilka razy dłuższe zatrzymania stolca po wyjeździe całej rodziny do Warszawy. Według opowiadania rodziców napady leczone były w sposób podobny do opisanego, do operacyi nie przyszło. Dziecko to w rok po urodzeniu miałem sposobność znowu widzieć, było dobrze rozwinięte, chociaż często miewało zaparcia, usuwane lawatywami z wody. Jednakże podczas jednego z tych napadów w Warszawie dziecko, już $2^1/_2$-letnie, zmarło. Matka dziecka od urodzenia cierpiała podobnie i z tego powodu wożono ją po różnych klinikach zagranicznych, gdzie radzono operacyę. Pomimo to żyje dotąd, cierpi jednak na zaparcie stolca z ostrzejszymi napadami zatrzymania gazów i kolkami. Jeden podobny napad spostrzegałem w rok po urodzeniu małego chorego: chora cierpi na zatrzymanie stolca i wiatrów z bolami od kilku dni; lekarz zaordynował środki czyszczące z pogorszeniem; po lawatywach zaparcie ustąpiło. Choroba Hirschprunga, chociaż opisywana była jeszcze w połowie zeszłego stulecia, dokładniej została wyosobniona w r. 1886 przez powyższego autora na zasadzie 2 przypadków; później zebrał on wszystkiego 10. Autorzy różnią się w statystyce wszystkich przypadków znanych tej choroby. Heubner podaje w r. 1906 z literatury 20, Fischl 60, a Loewenstein aż 150. Pochodzi to z nieodróżniania megacolon congenitum od acquisitum. Hirschprung opisuje tę chorobę jako wrodzone rozszerzenie całej kiszki grubej przy braku wszelkich mechanicznych przeszkód. Częściej zdarza się to u chłopców, niż u dziewczynek (podług H. 9: 1). Przypadki te dają przynajmniej połowę wczesnej śmiertelności; wskutek powtarzających się napadów często dochodzi do owrzodzeń błony śluzowej, a nawet do przedziurawienia kiszki. Leczenie zasadza się na wysokich wlewaniach, miesieniu brzucha; środki czyszczące szkodzą. Operacyjnie stosowano enteroanastomozę z wykluczeniem kiszki grubej. Sztuczny odbyt przyspiesza tylko koniec. Przypadek opisany, choć nie sprawdzony przez sekcyę, zdaje się niewątpliwie odpowiadać opisowi Hirschprunga, a godnym zaznaczenia jest nietylko z powodu małej liczby niewątpliwych przypadków, ale i z tego jeszcze, iż zdaje się przemawiać za możliwością dziedziczenia choroby. (Streszczenie własne).

2) Kol. Zaleski: **Przypadek ogólnego zakażenia septycznego pooperacyjnego przy zapaleniu wyrostka robaczkowego.** Jak ważnem jest wczesne operowanie przy zapaleniu wyrostka, dowodzi przypadek spostrzegany i operowany przez prelegenta, w którym pomimo prawie zupełnego zagojenia się miejscowego sprawa chorobowa zakończyła się zejściem śmiertelnem wskutek zakażenia ogólnego. Chora zamężna, 47 lat licząca, A. B., ze sfery inteligentnej, zachorowała w dniu 17. VIII. 1913, przy objawach ostrego zapalenia wyrostka. Prelegent widział chorą w początku trzeciej doby: stan chorej wydawał się miejscowo niezbyt ciężkim. Ponieważ jednak pierwszy okres, najpomyślniejszy dla rękoczynu, już przeszedł, a nadto chora zaniemogła bezpośrednio po zgonie jedynej córeczki i była mocno wstrząśnięta tem przejściem i nieprzespanemi nocami, zdawało się wskazanem nie przynaglać do natychmiastowej operacyi, co zresztą pozostawiono do uznania chorej i jej otoczeniu, które było za operacyą raczej w czasie wolnym od napadu. Podług słów lekarza ordynującego stan chorej po kilku dniach zupełnie się poprawił: gorączka ustąpiła, również i bolesność. Chora miała się już podnieść z łóżka, gdy nagle 5. IX., t. j. na 19. dzień choroby bóle wróciły i zjawił się mocny dreszcz. Prelegent wezwany zalecił natychmiastową operacyę, która została wykonana. Znaleziono ograniczony ropień, oddzielony od wolnej jamy brzusznej. Granice ropnia stanowiły: od przodu sieć i kątnica, z boków zrosty kiszki cienkiej, od dołu pochwa maciczna. Po zabezpieczeniu wolnej jamy brzusznej zrosty kiszek i sieci uwolniono na tępo i usunięto ze zbiornika obfitą cuchnącą ropę. Przebieg pooperacyjny co do miejscowych objawów był pomyślny, zakażenie wolnej jamy brzusznej nie nastąpiło. Ropa po kilku dniach nie cuchnąca, stan ogólny jednak bez poprawy; codziennie dreszcze, ciepłota rano 36° C., wieczorem około 39° C. Po kilku dniach w mniemaniu, że dreszcze pochodzą od zatrzymywania się ropy, przeciągnięto gruby sączek przez tylne sklepienie pochwy do rany brzusznej, jednak bez wyniku. Ropienie z czasem mniejsze, jama goiła się, jednak bez dodatniego wpływu na stan ogólny. Dreszcze bez przerwy codziennie pomimo stosowania różnych środków, jak wlewania do żył elektrargolu, sublimatu, lawatyw z kolargolu i t. d. W dalszym ciągu wystąpiły objawy zatorów płucnych, później znaczne obrzmienie i bolesność wątroby, powiększenie śledziony. Parokrotne nakłucia próbne nigdzie nie wykazały ropy. Stan taki ciągnął się 65 dni od dnia operacyi, chora słabła pomimo niezłego odżywiania, wystąpiły obrzęki kończyn dolnych bez białka w moczu, wreszcie śmierć 31. X. 1913. Badania pośmiertnego zrobić nie można było, z całego jednak przebiegu sądzić należy, iż sprawa chorobowa przybrała przebieg zakażenia ogólnego z zatorami w wątrobie i płucach.

W sprawie czystości języka.

Wielką chlubą piśmiennictwa lekarskiego polskiego było i jest to, że stara się usilnie o czystość i poprawność języka. Pod tym względem śmiało można powiedzieć, że piśmiennictwo lekarskie kroczy w pierwszych szeregach naszego piśmiennictwa naukowego. Dotyczy to zarówno słownictwa, jakoteż i strony gramatycznej i stylistycznej.

Jednakże nader szybki rozwój współczesnej medycyny, stwarzając całe szeregi nowych pojęć, stwarza także

mnóstwo nowych nazw i coraz częściej nasuwa naszemu piśmiennictwu lekarskiemu do rozwiązania problem zasadniczy, czy dla tych nowych pojęć trzeba bezwzględnie starać się o osobne nazwy polskie, czy też, i do jakich granic wolno posługiwać się mianami, żywcem z obcych języków przenoszonemi. A chociaż ostatnie wydanie »Słownika lekarskiego polskiego« wskazuje w tym względzie właściwą drogę, to jednak, ilekroć chodzi o jakiś nowy termin, prawie zawsze powstaje spór i prawie zawsze z bardzo skrajnych wiedziony stanowisk, niejednokrotnie nawet wtedy, gdy, jak mówi przysłowie, »gra nie warta świeczki«. Piecza o czystość języka wyradza się wśród lekarzy polskich niekiedy nawet w przesadę, upatrującą zdrożności w użyciu jakiegokolwiek miana o źródłosłowie obcym, choćby nawet łacińskim lub greckim, i w użyciu jakiegokolwiek zwrotu, który jest podobny do składni niemieckiej lub rosyjskiej, choćby to był zwrot rdzennie polski, a tylko kilku językom grupy indoeuropejskiej wspólny.

Dlatego zasługują na uwagę pisarzy lekarskich, a miłośników nieskazitelności języka ojczystego, dwie rozprawki pierwszorzędnych językoznawców, profesorów Wszechnicy krakowskiej, Jana Łosia i Jana Rozwadowskiego, ogłoszone w grudniowym zeszycie miesięcznika »Język polski«. Prof. Łoś zajmuje się w rozprawie p. t. »Granice puryzmu« głównie sprawą mianownictwa naukowego polskiego; prof. Rozwadowski zaś rozpatruje sprawę germanizmów, galicyzmów i t. d. w zwrotach i wyrażeniach. Wywody te przytaczamy poniżej w streszczeniu i wyjątkach.

Prof. Łoś powołuje się naprzód na artykuł, ogłoszony w tej sprawie przez prof. Twardowskiego ze Lwowa w »Ruchu filozoficznym«.

»Każdy język — pisze prof. Twardowski — posiada pewną odporność na chcące się wcisnąć w jego organizm wyrazy obce. Świadome dążenie w kierunku tej odporności, dbałość o »czystość« języka w tem właśnie znaczeniu nazywa się, jak wiadomo, puryzmem. Mimo jednak samorzutną odporność i świadomy puryzm żaden ze współczesnych narodów cywilizowanych nie mówi językiem zupełnie »czystym«. Każdy używa wyrazów, pochodzących z języków innych. Puryzmu niepodobna przeprowadzić bezwzględnie. A skoro nie można, to i nie trzeba. Wobec tego godzi się zapytać, czy nie możnaby wskazać granic uprawnienia puryzmu, po za któremi byłby on zbytecznem wysilaniem się gwoli zaspokajaniu zachcianek doktrynerskich«. Prof. Twardowski ogranicza się do terminologii filozoficznej, w której notuje następujące trzy działy zapożyczeń: 1. Pewną grupę terminów obcych zastąpiono przez wyrazy polskie n. p. »przedmiot«, »podmiot«, »jakościowy«, »ilościowy«, »przesłanka«, »istnienie« i t. p., wobec których prawie zupełnie wyszły z użycia dawniejsze terminy zapożyczone: »objekt«, »subjekt», »kwalitatywny«, »kwantytatywny«, »premisa«, »egzystencya» i t. d. 2. Obok tego jednak ustaliły się, prawdopodobnie na zawsze, takie wyrazy obce, jak: »filozofia», »psychologia«, »estetyka«, »logika», »etyka«, »metafizyka», »system«, »idea«, »kategorya« i t. d. 3. Wreszcie istnieje szereg terminów, niejako stojących na pograniczu między pierwszą a drugą grupą: jedni tu posługują się wyrazami obcymi, po największej części używanymi w temże znaczeniu przez wszystkie kulturalne narody świata, inni zaś zastępują je przez wyrazy polskie: »asocyacya« — »kojarzenie«, »intensywność« — »natężenie«, »problemat« — »zagadnienie«, »terminologia« — »słownictwo«, »definicya« — »określenie«, »postulat« — »wymagalnik«, »imperatyw« — »rozkaz«, »obserwacya« — »spostrzeżenie«, »eksperyment« — »doświadczenie» i t. d. Prof. Twardowski zapytuje, czy uzasadniona jest dążność do rugowania z języka polskiego tych terminów obcych, które do owej trzeciej grupy wchodzą, i stwierdziwszy, że historya języka na to odpowiedzi nie daje, gdyż z terminów zapożyczonych jedne się nie utrzymały, a inne ustaliły się w języku, oświadcza się za tem, żeby rozstrzygały tu względy użyteczności.

»Tak więc — pisze dalej prof. Łoś — w zakresie terminologii filozoficznej, a nawet w ogólności terminologii naukowej prof. Twardowski wskazał zasadę, której zachowywanie nie naraziłoby nas ani na niedogodności praktyczne, ani na niebezpieczeństwo wielkiego zanieczyszczenia języka obcymi wyrazami. W każdej nauce odbywa się nieustanna międzynarodowa wymiana myśli i gdyby każdy naród chciał urobić sobie własną, wyłącznie na swojskich pierwiastkach opartą terminologię, każdy pracownik musiałby nietylko pokonać mnóstwo trudności pamięciowych, ale nadto na każdym kroku groziłyby mu niebezpieczeństwa ciągłych nieporozumień i wątpliwości, boby niepodobna było dojść do tego, aby wszystkie odpowiadające sobie różnojęzyczne terminy miały zupełnie jednakową treść i zakres«.

»Z wyrazami obcymi bywa mniej więcej to samo, co i z obcymi towarami, zależnie od mody: bywają czasy, kiedy się ludziom wydaje, że tylko cudzoziemski towar jest dobry, a wyrób miejscowy lichy i ordynarny; następuje potem okres inny z hasłem panującem: »kupujcie tylko wyroby swojskie«. Język literacki z w. XVII. roi się od wyrazów włoskich, francuskich, hiszpańskich, a dziś pragnęlibyśmy pozbyć się wszelkich obcych wtrętów. Nastrój dzisiejszy jest zupełnie zrozumiały: nie mogąc, a w części nie umiejąc zapobiedz kurczeniu się ojczyzny w tylu dziedzinach życia, wysilamy się na obronę rodzimości języka, chcemy go już nietylko utrzymać na dotychczasowym stopniu jego czystości, ale często dążymy do wyrugowania z niego już oddawna zasiedziałych przybyszów. Motywy naszych usiłowań w tym kierunku są zawsze szlachetne, ale skutki tych dążności mogą się stać bardzo szkodliwymi.«

»Przedewszystkiem często, powiem nawet najczęściej, wyznawcami skrajnego puryzmu są ludzie, nie znający historyi języka, nie zdający sobie sprawy z zasad jego rozwoju, nie umiejący nawet objektywnie odróżnić wyrazu lub zwrotu swojskiego od cudzoziemskiego. Dość dla nich, że pewien wyraz lub zwrot polski brzmi podobnie jak w języku obcym, by zaraz uderzyć na trwogę, że zaśmiecamy swój język obcemi przymieszkami. Takie stanowisko jest szczególnie niebezpieczne dla tych części Polski, które się znajdują pod wpływami politycznymi rosyjskimi. Spotykałem tam ludzi, którzy w mowie i piśmie dokonywali nadludzkich prawie wysiłków, aby uniknąć wszystkiego, co tak brzmi po polsku, jak po rosyjsku; bali się bowiem, że posądzeni zostaną o ruszczenie mowy polskiej. Rzecz oczywista, że hołdowanie takiej zasadzie doprowadziłoby nas do absurdu: musielibyśmy z gruntu zmienić swój język, by się stał niepodobnym do innego słowiańskiego, a gdybyśmy doszli do tego, przestalibyśmy rozumieć swoich własnych dotychczasowych pisarzy. Prawda, od tego jesteśmy dalecy, ale bądź co bądź na tej drodze czujemy skłonność do zastąpienia pewnej liczby mniej zwykłych, szczerze i odwiecznie polskich wyrazów i wyrażeń przez nowotwory, często od urodzenia ułomne lub anemiczne. Z drugiej jednak strony uznać trzeba, że ogromna większość ludzi, mających do czynienia z obcym, a pokrewnym swojemu własnemu językiem, łatwo ulega jego wpływom i rodzimą swą mowę psuje«.

»Zdarzają się też tacy puryści, którzy jak ognia boją się wyrazów, mających brzmienie cudzoziemskie, ale podziwiają sprawność języka niemieckiego do tworzenia wyrazów złożonych. W nowowydawanych słownikach zawodowych, których celem jest ustalenie terminologii polskiej czy to naukowej, czy fabrycznej lub rękodzielniczej, znajdujemy nieraz objawy, a raczej skutki tego uwielbienia dla wyrazów złożonych. W komitetach redakcyjnych, układających takie słowniki — wiem to z własnego doświadczenia — panuje mniemanie, że nazwa złożona z dwu wyrazów nie jest nazwą, lecz opisem, ale te same dwa wyrazy, zlepione z sobą w sposób nieraz potworny, są już właściwą nazwą przedmiotu. Przypuśćmy więc, że do słownika stolarskiego trzeba wprowadzić nazwę, odpowiadającą niemieckiemu »Schreibtisch«: odrzucą »stół do pisania«, ale stworzą chyba jakiś »pisostół«, bo i »biurko« nie znajdzie tu łaski, jako wyraz

cudzoziemski. Puryści, obdarzający nas »deszczochronami«, »światopoglądami« i t. p. wyrazami złożonymi, często wprowadzają do słownika naszego formacye, odbiegające od normalnych typów naszych złożeń z pewnym określonym stosunkiem syntaktycznym między częściami składowemi wyrazu, a nadto, mnożąc nadmiernie ilość wyrazów złożonych, dążą do nadania zmienionego charakteru całemu językowi».

»Inny typ purystów postępuje ostrożniej, ale także nie bez szkody dla języka. Godzą się oni z koniecznemi zapożyczaniami, ale niech tylko spostrzegą, że obok wyrazu lub zwrotu, który za czysto polski uważają, istnieje jakiś inny wyraz lub zwrot, mający toż samo znaczenie, a dla jakichś przyczyn podejrzany, pragną go wykorzenić i wyrzucić z zasobów naszych językowych. Nieraz wytykają istotne zaniedbania, rzeczywiste grzechy przeciwko czystości języka, ale łatwo dają się unieść temperamentowi i potępiają nierzadko to, co wcale na potępienie nie zasługuje. Bogactwo języka polega nietylko na tem, że różne odcienie pojęć, nie dające się wypowiedzieć w innej mowie, tu znajdują wyraz odpowiedni, ale także i na tem, że myśl jakąś w takiej lub innej formie wyrazić możemy. Oceniając zwroty językowe z punktu widzenia ich rodzimości, łatwo możemy wpaść w to samo niebezpieczeństwo, o którem była mowa na początku tego artykułu: jeżeli znajdziemy podobny zwrot w języku obcym, czy musimy go uznać za naleciałość, każącą czystość naszej mowy? W bardzo wielu wypadkach takie nasze postąpienie byłoby poprostu zamachem na frazeologię polską».

»Przy ocenianiu rodzimości zwrotów językowych nie można się kierować ani ich podobieństwem do zwrotów cudzoziemskich, ani wnioskami logicznymi i dlatego wyznaczyć ściślejszych granic puryzmu w zakresie szerszym od zakresu terminologii naukowej niepodobna. Trzeba się trzymać dawnej ogólnej zasady: nie wpadać w przesadę ani na jedną, ani na drugą stronę. Sprawdzian znajdujemy tylko we własnem poczuciu językowem, ale ten nie zaprowadzi nas na manowce jedynie wtedy, gdy będziemy się szczerze i usilnie starać o poznanie istotne bogactwa naszej mowy, gdy przy czytaniu nietylko na treść, ale i na formę zwrócimy uwagę, gdy do czytania dobierać będziemy dzieła istotnie dobrze napisane po polsku, gdy obok rzeczy współczesnych czytać będziemy także dzieła pisarzy dawniejszych, zwłaszcza Reja, Kochanowskiego, Górnickiego, Skargę, Krasickiego, że już stylistów XIX w. i współczesnych pominę. Wyrobiwszy sobie czytaniem polskie poczucie językowe, możemy być pewni, że wielkich grzechów przeciw czystości języka popełniać nie będziemy, a jeżeli niekiedy zbłądzimy, nasze usterki nie zarażą innych, którzy w ten sam sposób się przygotują do strzeżenia rodzimych skarbów mowy naszej. Równomierna ciągłość stopniowych zmian językowych i nadal będzie utrzymana».

Prof. Rozwadowski pisze w sprawie germanizmów: »Każdy język posiada zwroty sobie właściwe, bo każdy naród ma pewne szczególne właściwości w życiu, zwyczajach, zapatrywaniach, usposobieniu i t. d. i wszystko to odbija się w języku. Jest rzeczą zrozumiałą i jasną, że n. p. lud, niemający nic do czynienia z morzem i żeglugą, więc dajmy na to Polacy, nie używa zwrotów, mających swe źródło w żegludze, w przeciwieństwie do takich n. p. Holendrów, Anglików i t. d. U nas, podobnie jak u Niemców i indziej, jest za to bardzo wiele zwrotów, które się wyrobiły wśród myśliwych, których źródło tkwi w łowiectwie. Starzy Rzymianie, gorliwi rolnicy i wysoko pracę na roli ceniący, mieli mnóstwo wyrażeń i zwrotów, z życia i wyobrażeń gospodarsko-rolniczych płynących; i tak wiele ich terminów wojskowych stąd wyszło. Są różnice usposobień, zajęć, kultury wśród całych ludów, warstw, stanów i ludzi — muszą być zatem różnice w wyrażeniach językowych«.

»Wszystko to jest pewne, jasne i uznane, a taksamo i to, że wskutek zbytniego przejęcia się obcym językiem, wskutek wielkiego wpływu jednego języka na drugi, bardzo często przenosi się zgoła niepotrzebnie żywcem obce zwroty. Zwłaszcza w naszych stosunkach, wskutek tego, że, prócz modnych języków, setki tysięcy Polaków musi się uczyć niemieckiego i rosyjskiego, mnóstwo obcych zwrotów dostaje się do polszczyzny, rugując rodzime i sprawiając zgrzyt w uszach».

»Ale jak zawsze, tak i tutaj nie trzeba przesadzać, a raczej trzeba być ostrożnym i pamiętać o tem, że ludy europejskie tworzą od wielu wieków, mimo wszystkie przeciwieństwa, jedną wielką rzeszę kulturalną. Nie trzeba się zbyt spieszyć z piętnowaniem jakiegoś zwrotu jako germanizmu, czy innego -izmu, bo wszystkie języki europejskie posiadają wspólny i duży zasób charakterystycznych wyrażeń. Wiele z nich płynie ze świata klasycznego, który w humanizmie i renesansie tak potężnie zaważył na kulturze Europy, inne płyną z chrześcijaństwa, które po dziś dzień łączy najrozmaitsze ludy; mnóstwo zwrotów wspólnych polega na wielkiej wspólności kultury, w jej najrozmaitszych przejawach, idących od narodu do narodu. A wreszcie bardzo wiele polega na zasadniczej wspólności i podobieństwie natury ludzkiej; życia psychicznego i odnoszenia się do świata otaczającego. We wszystkich językach spotykamy n. p. zwroty w rodzaju naszych »mieć coś pod ręką« i jestto zupełnie chyba naturalne».

Przytoczywszy dalej szereg zwrotów, wspólnych językowi polskiemu i francuskiemu, lub polskiemu i niemieckiemu, dochodzi prof. Rozwadowski do następującego wniosku: »Wogóle mamy (my Polacy i wogóle Słowianie) niewątpliwie daleko więcej wspólnych zwrotów i wyrażeń z ludami germańskimi, niż z romańskimi«.

Uwagi prof. Łosia i prof. Rozwadowskiego zasługują na to, aby je dobrze zapamiętać. C.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 11. II. 1914 posiedzenie, na którem prym. Borzęcki przedstawił chorych ze swego oddziału, poczem prym. Dr Stahr, delegat Krajowego Związku lekarzy, miał wykład: »O uspołecznionej pomocy lekarskiej«. W dyskusyi przemawiali prez. Dr Schöngut, prof. Kader, Kostanecki, Wachholz, Dr Bobrowski, Damski, Glassner, Jendl, Weinsberg.

— Krajowa Rada Zdrowia odbyła 7. II. b. r. we Lwowie posiedzenie, na którem po uczczeniu pamięci ś. p. dr. Festenburga zajmowała się sprawą prywatnych zakładów leczniczych w Zakopanem i Piwnicznej, obsadzenia posady krajowego inspektora sanitarnego, docentury higieny w seminaryum w Kołomyi, podwyższenia taksy leczenia w szpitalu w Jarosławiu i regulaminem wydawania kąpieli w Krynicy.

— Rada zawiadowcza Towarzystwa lekarzy galicyjskich odbyła 8. II. b. r. we Lwowie posiedzenie, na którem oprócz szeregu drobnych spraw zajmowała się sprawozdaniem finansowem za r. 1913, rozdaniem zapomóg, sprawami Morszyna i zmianą statutu.

— Z Komitetu lekarskiego polskiego otrzymujemy następujące pismo:

»V. Zjazd czeskich lekarzy i przyrodników odbędzie się w Pradze w czasie od 29. kwietnia do 3. maja b. r. Prezes komitetu urządzającego, prorektor czeskiego uniwersytetu Prof. F. Vejdovsky i jener. sekr. Prof. uniw. Dr Slavik przysłali dla polskich lekarzy i przyrodników zaproszenia. Koledzy, pragnący w powyższym zjeździe wziąć udział, zechcą się zgłosić po program i karty zgłoszenia do sekretarza polskiego komitetu lekarskiego, Prof. Dr Ciechanowskiego, Kraków, Wolska 28.

Prezes komitetu lekarskiego polskiego: Prof. Dr Bol. Wicherkiewicz«.

— Dyplom doktorski uzyskali w Krakowie pp. Witalis Arpad Konstanty Pikulski z Leżachowa w Galicyi i Ernest Grosser z Kęt.

— Zarząd Biblioteki Tow. lekarskiego krakowskiego składa JWPanu Radcy dworu Prof. Dr Wicherkiewiczowi serdeczne podziękowanie za czasopisma bibliotece ofiarowane. — Dr M. Blassberg, bibliotekarz.

— Otrzymujemy następujące pismo:

»Celem podniesienia swego działu broszurowego do poziomu bibliotecznego zwraca się Towarzystwo biblioteki medyków w Krakowie z prośbą do wszystkich PP. Autorów, ogłaszających prace naukowe z zakresu medycyny i nauk pokrewnych — w broszurach, sprawozdaniach, odbitkach lub innych publikacyach, aby zechcieli łaskawie przesyłać po jednym egzemplarzu do Biblioteki medyków w Krakowie, ul. Kopernika l. 12.

Tą drogą prosimy również Szanowne Redakcye polskich czasopism lekarskich o ogłoszenie niniejszej prośby«.

— Walne Zgromadzenie Związku lekarzy rządowych w Galicyi odbędzie się 16 i 17 lutego 1914 we Lwowie. Przedmiotem obrad będą następujące tematy: 1) O zwalczaniu chorób zakaźnych według nowej ustawy z dnia 14. kwietnia 1913; referent kraj. inspektor sanitarny Dr Adolf Kuhn. 2) Braki i niedomogi nowej ustawy o tłumieniu chorób zakaźnych, szczególniej z uwzględnieniem Galicyi; referent starszy lekarz powiatowy Dr Władysław Czyżewicz. 3) Kilka słów o tyfusie plamistym, starszy lekarz powiatowy Dr Bory. 4) O badaniu uszkodzonych robotników wskutek wypadków, Dr Bronisław Skałkowski, lekarz naczelny Towarzystwa ubezpieczeń. Oprócz tego załatwione będą sprawy administracyjne.

— Na pomnik Karola Marcinkowskiego złożyli w Redakcyi »Przeglądu lekarskiego«: Rektor U. J. Prof. Dr Kostanecki 40 kor., Prof. Dr Wrzosek (Kraków) 20 kor., p. Adamowa Wrzoskowa 20 kor., Prof. Dr A. Bednarski (Lwów) 10 kor. — Razem z poprzedniemi złożono dotąd 270 kor.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 25. I. do 31. I. 1914 zgłoszono przypadków: błonicy 2 † 1 (obcych — † 1), krztuśca 3 † 1 (— † —), ospy wietrznej 1 † — (— † —), płonicy 6 † 4 (— † —), gorączki połogowej 2 † 2 (1 † 1), róży 1 † 1.

Dr Janiszewski.

Poznań. Wydział lekarski Towarzystwa przyjaciół nauk w Poznaniu wybrał na r. 1914 prezesem dr St. Łazarewicza, wiceprezesem dr Tad. Dembińskiego, sekretarzem dr K. Nowakowskiego, a wicesekretarką dr J. Żniniewiczównę.

Warszawa. Na porządku dziennym posiedzenia Wydziału III Towarzystwa naukowego warszawskiego w d. 5. II. 1914 znajdowały się m. i. następujące komunikaty: 1) B. Karbowski: O ropnych sprawach błędnika pochodzenia oponowego wywołanych w drodze doświadczalnej. 2) J. Sosnowski: O przebiegu prądu elektrotonicznego w kernleiterach.

Ruch chorych zakaźnych w szpitalu im. Karola i Maryi dla dzieci w Warszawie. Od 11. I. do 25. I. r. b. przyjęto do szpitala przypadków: płonicy 7 † —, błonicy 3 † 1, krztuśca 1 † —, zapalenia płuc 2 † —, gruźlicy płuc 1 † —, tężca 1 † —. Do ambulatoryum szpitalnego zgłosiło się w tymże czasie przypadków: płonicy 1, odry 2, krztuśca 4. Dr. Brudziński.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 26. I. do 9. II. 1914. przypadków: ospy 2 † —, płonicy 5 † 1, róży 2 † —. Dr Trenkner.

Z różnych stron. Słynny neurolog, Dr Józef Babiński w Paryżu, został wybrany członkiem francuskiej Akademii lekarskiej.

Mianowani: dr Otto Hewelke, naczelny lekarz szpitala wolskiego w Warszawie, rzeczywistym radcą stanu.

Zmarli. Dr Jan Branik, ordynator szpitala miejskiego, w Odessie, w 48 r. ż.; dr Bronisław Skibniewski w Lublinie w 48 r. ż.; dr Maryan Józef Szaniawski w 28 r. ż. w Warszawie; dr Franciszek Sękiewicz, lekarz pow. w Buczaczu w 47 r. ż.; Dr Adam Mincer, urolog znany z prac, które w tym zakresie ogłaszał, ordynator szpitala św. Ducha w Warszawie, w 46. r. ż.

Odpowiedzi od Redakcyi. Er — Es. Osobnej nowszej polskiej monografii niema; odpowiednie obszerne rozdziały znajdują się jednak w dziele: »Nauka o chorobach wewnętrznych« prof. Jaworskiego (Kraków 1905).

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 18. lutego 1914 w domu Towarzystwa (Radziwiłłowska 4). o godz. 6 wieczorem.** Na porządku dziennym: 1) Prof. Wachholz: a) O szkielecie wygrzebanym na Wawelu w czerwcu 1913. b) Kilka słów o nowej sekcie religijnej. 2) Demonstracye chorych z klinik U. J.